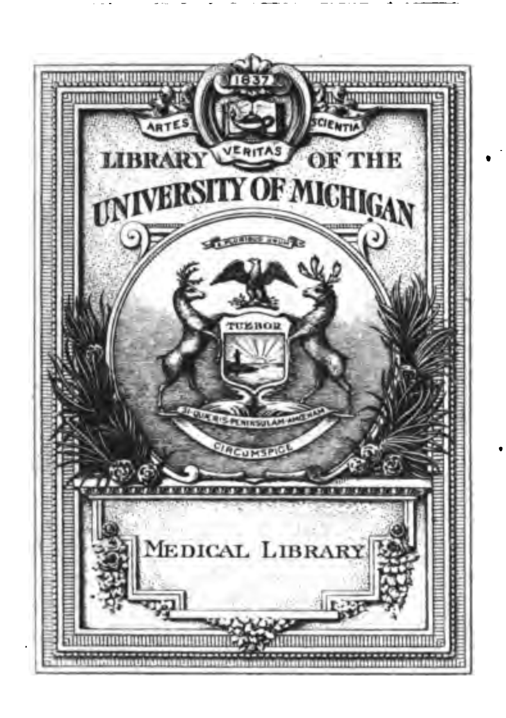



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

REVUE MÉDICALE

Française et Étrangère

ET

Journal de Clinique

De l'Hôtel-Dieu

Et de la Charité de Paris.

COLLABORATEURS.

Anatomie et Physiologie. — MM. BAYLE, sous-Bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Paris; BOURDON, d. m.; CRUVEILHIER, professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris; RIBES, membre de l'Académie Royale de Médecine; SERRES, médecin de l'hospice de la Pitié; VELPEAU, d. m.

Chirurgie et Accouchemens. — MM. BELLANGER, d. m.; DELPECH, professeur à la Faculté de Montpellier; DUGES, Professeur à la Faculté de Montpellier; LARREY, chirurgien en-chef de l'Hôpital de la Garde royale; LAURENT, chirurgien-major des Gardes-du-corps; LISFRANC, chirurgien en chef de l'Hôpital de la Pitié; ROUX, professeur à la Faculté de Paris.

Pathologie interne. — MM. ANDRAL fils, agrégé de la Faculté de Paris; AUDOUARD, médecin des Hôpitaux militaires de Paris; F. BÉRARD, Professeur à la Faculté de Montpellier; COUTANCEAU, médecin du Val-de-Grâce; Am. DUPAU, d. m.; ESQUIROL, médecin de l'hospice des Aliénées de la Salpêtrière; GIRAUDY, secrétaire perpétuel de la Société de Médecine-Pratique de Paris; ITARD, médecin de l'hospice des Sourds-Muets; MIQUEL, membre-adjoint de l'Acad. R. de Méd.

Thérapeutique et Matière Médicale. — MM. ALIBERT, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis; BOUSQUET, membre-adjoint de l'Ac. R. de Médec.; DESPORTES, membre-adjoint de l'Acad. R. de Médecine; DOUBLE, membre de l'Acad. R. de Médecine.

Clinique. — MM. CAYOL, FIZEAU, FOUQUIER, LAENNEC, RÉCAMIER, professeurs à la Faculté de Paris; BAYLE, d. m.; MARTINET, chef de Clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu de Paris; MÉRIADEC-LAENNEC, d. m.

Hygiène et Médecine légale. — MM. BALLY, médecin de la Pitié; DESLANDES, d. m.; PARISET, secrétaire perpétuel de l'Acad. R. de Médecine; PRUNELLE, ancien professeur de la Faculté de Montpellier.

Littérature Médicale étrangère. — MM. BELLANGER, d. m.; BOUSQUET, d. m.; DE SALLE, d. m.; Am. DUPAU, d. m.; FONTANEILLES, d. m.; GASC, médecin de l'hôpital de la Garde Royale; HELLER, d. m.; MARTINET, d. m.

Sciences accessoires. — MM. ANDRIEUX, d. m.; FLOURENS, d. m.; GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut; JULIA-FONTENELLE, professeur de Chimie médicale; LASSAIGNE, chimiste attaché à l'Ecole Vétérinaire d'Alfort; PELLETAN fils, professeur de Physique à la Faculté de Médecine de Paris.

MM. Am. DUPAU et BOUSQUET, rédacteurs principaux pour la *Revue*.

MM. BAYLE et MARTINET, rédacteurs principaux pour la *Clinique*.

REVUE MÉDICALE

Française et Étrangère

ET

Journal de Clinique

De l'Hôtel-Dieu

Et de la Charité de Paris.

PAR

UNE RÉUNION DE PROFESSEURS DES FACULTÉS DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

TOME TROISIÈME.

A PARIS,

CHEZ GABON ET COMPAGNIE, LIBRAIRES,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE;

A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

1825.

REVUE MÉDICALE

Française et Étrangère

ET

JOURNAL DE CLINIQUE

De l'Hôtel-Dieu

Et de la Charité de Paris.

I°. MÉMOIRES ET CLINIQUE DES HOPITAUX.

EXPOSÉ SUCCINCT

Des Recherches faites sur la Phlébite ;

Par M. F. Ribes.

En 1816, j'insérai dans le huitième volume des *Mémoires de la Société Médicale d'Emulation de Paris*, un exposé sommaire des recherches que j'avais faites sur divers points d'anatomie : il y avait un article sur les veines et leur inflammation. Long-temps avant cette époque, je m'étais livré à ces recherches, et j'avais recueilli un grand nombre d'observations sur plusieurs affections de ces vaisseaux, avec d'autant plus de soin qu'alors tout était à faire à ce sujet. On ne s'était presque point occupé des maladies des veines, et l'on ne connais

sait presque point les rapports des extrémités capillaires de ces vaisseaux avec le tissu de certains organes, ni la part qu'ils prennent à leur formation.

J'étais au moment de publier un Mémoire très-étendu sur l'inflammation des veines, lorsque M. Breschet fit paraître l'ouvrage d'Hodgson, dans lequel il avait ajouté des notes nombreuses, qui en firent un ouvrage nouveau et d'un grand intérêt. Beaucoup de choses que j'avais observées avaient été observées aussi à mon insu par d'autres médecins, et se trouvaient renfermées, soit dans la partie de l'ouvrage appartenant à Hodgson, soit dans les notes de M. Breschet; alors mon Mémoire ne me parut plus présenter la même importance que si je l'avais publié quelques années plus tôt. Cependant, après en avoir élagué tout ce qui se trouve dans l'ouvrage d'Hodgson, il me reste encore des observations et des remarques particulières qui me semblent mériter d'être connues. Je vais les exposer succinctement, et le peu que je dirai prouvera, je crois, l'importance de l'étude des maladies des veines, et principalement de l'inflammation de ces vaisseaux, affection qui se rattache à un grand nombre de maladies, et dont la plupart sont extrêmement graves. Ce que je dis aujourd'hui, je l'ai déjà annoncé en 1816 : on peut voir ce que j'ai publié à ce sujet dans le tome huitième, déjà cité, des *Mémoires de la Société Médicale d'Emulation.*

Je vais faire l'exposition succincte d'une partie des altérations des veines, par l'effet de l'inflammation de ces vaisseaux : je rapporterai après cela quelques observations qui feront connaître la marche et les symptômes de cette maladie, considérée d'abord dans les veines des membres.

I. Lorsqu'on examine les veines sur le cadavre, quelle que soit la quantité de sang qu'elles contiennent, après les avoir essuyées, on trouve, chez la plupart des sujets, que leurs parois sont en général blanchâtres et sans nulle variation de couleur, excepté que les petites veines sont par leur nature presque transparentes.

Chez quelques sujets on voit que les veines renfermant du sang fluide, ou plus ou moins coagulé, sont dans un point imbibées de sang, et que dans d'autres elles conservent leur couleur naturelle. Pourquoi cette différence? il faut que le tissu de la veine ait éprouvé une altération, ou par l'effet de la maladie, ou par suite de la mort, autrement les veines présenteraient partout un aspect égal : cependant le lieu qui paraît imbibé de sang et qui a la couleur de lie de vin, n'est point ordinairement ainsi par l'effet de l'inflammation; cette maladie laisse des traces différentes : mais quelquefois, pourtant, il est difficile de distinguer ces deux états l'un de l'autre.

II. Les veines s'enflamment très-fréquemment, et cette affection est extrêmement grave. J'ai vu les veines enflammées à différens degrés, et ces vaisseaux se sont alors présentés dans divers états.

J'ai trouvé quelquefois un grand nombre de veines enflammées en même temps : les petites veines m'ont paru être plus souvent atteintes de cette maladie; je l'ai observée dans les plus petites, sur celles principalement qui conservent encore assez de grosseur pour pouvoir être disséquées avec nos instrumens ordinaires. J'en ai parlé dans un autre temps à l'occasion de l'érysipèle, et je reste convaincu que c'est sur les vaisseaux capillaires veineux que l'érysipèle a principalement son siége.

J'ai aussi rencontré, un grand nombre de fois, les

grosses veines enflammées, telles que les saphènes, les tibiales, les fémorales, les veines profondes du bras, mais surtout les veines superficielles de cette partie ; les veines de l'abdomen y sont très-sujettes, telles que la veine cave inférieure et ses branches. Les veines porte, ventrale et hépatique, ainsi que leurs ramifications, sont encore plus souvent affectées de phlébite que les autres veines de l'abdomen. Les sinus de la dure-mère présentent souvent des traces d'inflammation.

J'ai trouvé des veines enflammées dans l'étendue de deux ou trois pouces, quelquefois dans le tiers, dans la moitié de leur longueur, ou même dans toute l'étendue de leur trajet, et souvent jusqu'à l'oreillette et au ventricule droit du cœur.

Quand la partie la plus superficielle de l'intérieur d'une veine, ou plutôt lorsque la tunique interne de ce vaisseau présente les traces de l'inflammation, on voit les très-petits vaisseaux qui se distribuent dans le tissu cellulaire de l'extérieur de la tunique interne de la veine, engorgés, pleins de sang, de sorte que l'espace enflammé offre seulement de la rougeur dans tout le trajet de ces vaisseaux, et leurs intervalles sont encore blancs, tant que la phlébite existe à un très-petit degré; mais si l'inflammation est plus avancée, la tunique interne de la veine est rouge dans toute l'étendue de la portion enflammée, les intervalles blancs ont disparu, et cette partie est colorée jusqu'à devenir d'un rouge assez intense. Cette couleur est bien différente de la couleur de lie de vin que nous avons remarquée lorsque les veines sont simplement imbibées de sang. Dans cette inflammation, on voit manifestement que la couleur rouge dépend du sang qui se trouve contenu dans les

petits vaisseaux capillaires qui se répandent à l'extérieur de la tunique interne de la veine. Ces vaisseaux ont une disposition réticulaire, et c'est dans ce réseau que l'on aperçoit d'abord le siége de l'inflammation : plus tard, le tissu même des autres tuniques de la veine se trouve envahi et imbibé par le sang, et la partie malade présente alors un tout qui semble homogène.

Dans ces cas, l'épaisseur de la tunique interne est plus ou moins augmentée, et si l'inflammation a été très-intense, les parois de la veine sont devenues très-épaisses, et le sont quelquefois si considérablement, que, coupées en travers, l'ouverture reste béante dans le lieu de la section du vaisseau.

III. Les veines étant ainsi enflammées, ou ayant été affectées par cette maladie, présentent des états différens. Quelquefois leurs parois sont lisses, d'autres fois les parois des veines enflammées et en suppuration, sont inégales; on y trouve des enfoncemens ulcéreux, et en faisant flotter dans l'eau ces vaisseaux ainsi altérés, on les voit couverts de villosités, de sorte qu'ils sont dans un état d'ulcération, et qu'alors la guérison d'une telle maladie ne pourrait avoir lieu que par l'oblitération de la veine.

Il arrive quelquefois que par suite de l'inflammation des veines, il se forme dans l'intérieur de ces vaisseaux, comme dans le croup, une tunique ou membrane interne accidentelle. J'ai trouvé de ces membranes qui étaient molles, présentaient très-peu de consistance, et se dissolvaient facilement lorsqu'on les frottait entre les doigts. J'en ai rencontré qui offraient un peu de résistance et qui avaient une certaine apparence d'organisation; mais ces membranes n'avaient encore que de faibles adhérences avec les parois des veines, et on les

en décollait aisément. D'autres fois j'en ai trouvé qui adhéraient tellement dans quelques points des parois de ces vaisseaux, qu'il était impossible de les en détacher complètement. J'ai observé qu'alors ces tuniques accidentelles étaient manifestement organisées. J'ai rencontré plusieurs fois de ces membranes tapissant une grande étendue de l'intérieur des veines et infiniment adhérentes à leurs parois.

Une pièce très-remarquable dans ce genre m'a été montrée par M. le professeur Chaussier; elle venait d'une femme qui non-seulement avait tout l'intérieur de la veine rénale gauche tapissée par une tunique accidentelle de cette espèce, mais chez qui cette membrane se continuait dans la veine cave, en haut, vers le diaphragme et la poitrine, et en bas, jusqu'à la division de cette veine en iliaques. J'ai pu facilement détacher cette tunique dans une grande partie de son étendue; mais elle était tellement adhérente dans certains points, surtout dans la veine rénale, qu'il a été impossible de la décoller entièrement.

IV. Ainsi la tunique interne des veines peut être lisse, blanchâtre, transparente et saine, ou bien de couleur de lie de vin. Elle peut présenter les traces de l'inflammation. Les veines peuvent être ulcérées ou tapissées par une fausse membrane accidentelle : dans cet état, elles ne contiennent quelquefois aucun liquide; dans quelques cas, elles sont remplies par un fluide séreux ou sanguinolent, qui tantôt circule, et tantôt stagne dans leur intérieur. Souvent une veine est remplie par du pus, résultat de l'inflammation du point malade de ce vaisseau. Ce pus, quelquefois mêlé d'un peu de sang, est d'autres fois blanc, pur, bien lié : on voit quelquefois

ces matières circuler dans la portion malade de la veine; d'autres fois la circulation y cesse pour toujours. Mais il peut se rencontrer du pus dans les veines, quoiqu'il n'y ait d'inflammation dans aucun point de ces vaisseaux; alors il doit y avoir pénétré par absorption, comme l'huile grasse que l'on trouve presque constamment dans les veines qui sont dans leur état sain.

V. Mais quelquefois la veine, légèrement enflammée, se laisse dilater et distendre par le sang. Ce vaisseau étant malade ne peut que difficilement réagir sur le fluide qu'il contient; le sang y stagne, s'y arrête, s'y coagule, se durcit, se dessèche, adhère fortement et fait corps avec la veine; alors le membre est ordinairement plus ou moins enflé. Mais j'ai remarqué sur quelques sujets, que cette enflure avait un caractère particulier : en effet, la partie n'est pas changée de couleur; elle est molle, rénittente; lorsqu'on la comprime, l'impression du doigt ne reste point, et par la pression on ne sent pas de crépitation. Ainsi ce gonflement n'est pas produit par des gaz ni par de la sérosité infiltrée dans les cellules du tissu cellulaire; il ne peut donc avoir lieu que par l'effet de l'expansion de toutes les parties qui constituent le membre.

Ce que je viens de dire s'observe surtout chez les personnes qui ont des varices. On trouve aux jambes de ces individus, des corps durs, longs, cylindriques, placés et disposés en zig-zag dans la longueur de la jambe, formés par les veines durcies par la fibrine coagulée et désséchée dans leur intérieur: mais à la longue ces cordons diminuent d'épaisseur, finissent par être absorbés et par disparaître complètement. A la mort de ces individus, on trouve quelquefois plusieurs de ces veines

oblitérées : elles se présentent alors sous la forme d'un cordon aplati, ligamenteux ou celluleux. On voit d'autres veines qui se sont développées sur les côtés et qui les remplaçent, de sorte que si la circulation éprouve d'abord un peu de gêne, elle ne se trouve pas totalement interrompue : le gonflement disparaît alors, et le membre revient quelquefois presque à son état naturel.

M. Breschet et moi nous avons trouvé, dans la veine splénique, une matière noire, molle, pâteuse, offrant çà et là des filets fibrineux; elle était entremêlée d'une matière blanche, douce au toucher, et se dissolvant facilement lorsqu'on la frottait entre les doigts. Peut-être, si nous l'avions examinée avec beaucoup de soin, aurions-nous pu lui trouver le caractère cérébriforme. Au reste, la totalité de cette masse, qui avait le volume d'un œuf de poule, interceptait complètement la circulation dans la veine splénique.

Je suis persuadé que toutes les altérations des veines dont je viens de faire l'énumération sont produites par l'inflammation de ces vaisseaux.

VI. J'ai rencontré la phlébite causée par les engelures aux mains : je n'ai qu'un seul cas, mais c'est un des plus remarquables de ceux que j'ai vus; il fait le sujet de la première observation que je rapporte dans cet article.

Les varices sont souvent accompagnées de phlébite; j'en ai vu un grand nombre d'exemples, non-seulement chez les hommes, mais aussi chez les femmes, surtout quand elles sont enceintes. Cette maladie rend quelquefois, chez elles, la grossesse extrêmement pénible, par les douleurs qu'elles éprouvent, et qui les forcent à garder le repos, couchées sur le lit ou sur un canapé, jusqu'à leur accouchement.

J'ai recueilli plusieurs observations d'inflammation des veines, produites par les ulcères variqueux, et cette cause y donne souvent lieu. Les ulcères avec carie aux os des jambes sont dans le même cas. La pourriture d'hôpital est une des causes fréquentes de phlébite. J'ai toujours vu les veines enflammées chez les individus morts de gangrène sénile. Dans toutes les espèces de gangrènes, j'ai trouvé des traces d'inflammation dans les veines du voisinage de la partie tombée en mortification.

Dans le cas d'érysipèle, les veines sont enflammées, et d'après les nombreuses recherches que j'ai faites à ce sujet, je suis resté convaincu que l'érysipèle a essentiellement son siége dans les veines capillaires; l'inflammation s'étend même alors jusqu'aux branches qui ont assez de grosseur pour être disséquées avec nos instrumens ordinaires. Dans le cas de péritonite puerpérale, on trouve les veines de la cavité abdominale enflammées, surtout celles de l'utérus. Chez les individus morts de fièvre adynamique, j'ai trouvé toutes les branches de la veine porte ventrale, le tronc et les branches de la veine porte hépatique, avec des traces non équivoques d'inflammation. J'ai déjà annoncé ce fait en 1816, dans le huitième volume des *Mémoires de la Société médicale d'émulation*. J'ai souvent observé l'inflammation des veines chez les vieillards, surtout lorsqu'ils sont atteints de scorbut.

VII. Lorsque l'inflammation commence dans les veines, le malade éprouve une légère douleur dans le trajet des vaisseaux affectés; ces veines se dilatent et se gonflent insensiblement, font sur les membres une saillie très-remarquable, et offrent une couleur bleuâtre pro-

duite par la transparence du sang qui s'y trouve contenu; plus tard cette couleur devient d'un rouge pâle: la circulation cesse dans la veine, et le sang qu'elle contient est plus ou moins décomposé. Si dans cet état la circulation vient à s'y rétablir, comme on l'observe quelquefois, cette matière est entraînée dans le torrent de la circulation, et peut déterminer des accidens graves. Si on frotte légèrement de bas en haut vers le cœur une veine distendue par la matière qui a cessé de circuler dans ce vaisseau, on vide la veine; mais elle ne tarde pas à se remplir de nouveau par cette matière qui rétrograde: ainsi elle se remplit, non par le sang qui va des branches vers le tronc, mais par le sang qui revient, par un mouvement rétrograde, du tronc vers les branches, et l'on croirait que la circulation y a cessé pour toujours. Cependant plusieurs fois, quelques heures, ou une journée, ou même plusieurs jours après que la circulation avait cessé dans la veine, nous avons vu avec le plus grand étonnement qu'elle s'y était rétablie, et que le sang y coulait de nouveau; mais nous avons toujours observé que les accidens augmentaient après ce retour de la circulation, surtout les accidens cérébraux.

Ainsi lorsqu'on fait refouler le sang, ou la matière contenue dans la veine, vers les troncs des vaisseaux, pour voir redescendre ce fluide, il faut le faire avec le plus grand ménagement, parce qu'il n'est pas sans danger de refouler la matière contenue dans la veine, et de chercher à la faire passer dans le torrent de la circulation.

Tous les symptômes de la phlébite sont précédés d'une douleur d'abord légère, mais qui bientôt augmente progressivement et devient très-vive, surtout par le toucher. Lorsqu'on pose le doigt sur une veine qui est dans cet

état, le malade ressent une forte douleur; il ne peut s'empêcher de faire un mouvement de contraction pour retirer le membre et faire cesser la pression. Le gonflement et la saillie des veines au-dessus du niveau de la peau vont en augmentant, et, à travers les tégumens, on voit qu'elles conservent encore la couleur bleuâtre, ou elles sont devenues d'un rouge pâle et moins clair que dans les traînées lymphatiques, lorsque les vaisseaux blancs sont enflammés. La douleur est toujours très-grande : si par exemple les veines de la jambe et de la cuisse sont enflammées, et que la maladie soit portée à un haut degré, le malade ne peut remuer le membre sans éprouver les douleurs les plus intolérables. Chez tous ceux qui ont eu cette maladie aux extrémités inférieures, nous avons toujours vu que dans le commencement ils avaient la cuisse légèrement fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse : cette flexion allait en augmentant, à mesure que la maladie devenait plus intense.

J'ai observé dans le principe, et quelquefois même dans tout le cours de la maladie, que les parties placées dans les intervalles des veines malades, ne sont point douloureuses. D'abord la couleur n'y est pas changée, mais ensuite on y trouve des plaques rougeâtres comme des taches scorbutiques. Quelquefois, vers la fin, on y voit se développer des phlyctènes, et toujours l'intervalle des veines se gonfle, devient bleuâtre, mou et pâteux. On voit que c'est un état inflammatoire, mais qui ressemble à ces inflammations qui vont se terminer par gangrène; en effet, les parties superficielles tombent souvent en mortification. Ordinairement ces inflammations, à quelque degré qu'elles soient portées, ne sont pas cir-

conscrites; elles s'étendent vers le tronc, sans cependant aller très-loin.

La chaleur de la partie diminue quelquefois, elle reprend ensuite, mais elle s'éteint complètement dans les parties superficielles, parce qu'elles tombent en gangrène. Le pouls, qui dans le principe est peu dérangé, présente des variations dans le cours de la maladie; il devient par la suite petit, accéléré et intermittent. Il y a d'abord peu de sommeil, quelquefois il est presque nul, mais bientôt il devient profond. Le ventre se ballonne légèrement; il est d'abord sans douleur, plus tard il est tendu et douloureux. La respiration devient difficile et l'haleine fétide; la langue est alors sèche, aride, noirâtre, les gencives et les dents sont fuligineuses, l'assoupissement existe déjà, la tête se trouble, il y a délire et, bientôt après la mort termine toutes les souffrances.

VIII. Nous avons exposé ce qu'on observe dans les veines chez les personnes mortes avec inflammation de ces vaisseaux. Voici ce que nous avons trouvé, à l'ouverture du corps, dans les viscères du ventre, de la poitrine, et dans la tête :

L'abdomen est météorisé; l'estomac et les intestins sont enflammés dans plusieurs points; la tunique muqueuse du canal alimentaire est principalement affectée par l'inflammation; le péritoine qui tapisse les parois du ventre y participe, souvent aussi la rate et le foie sont très-mous. J'ai presque toujours vu, dans le cas de phlébite, la plèvre costale altérée par l'effet de l'inflammation; j'ai trouvé beaucoup de sérosité dans la poitrine, surtout lorsque les poumons étaient en même temps affectés.

Le cerveau ou ses membranes sont plus ou moins atteints par cette inflammation. J'ai toujours trouvé la pie-mère de couleur d'un rouge foncé, et son épaisseur visiblement augmentée ; l'arachnoïde dans certains points très-adhérente à la pie-mère, et présentant les traces de l'inflammation. On trouve toujours un liquide séreux sanguinolent entre la dure-mère et l'arachnoïde, et surtout dans les ventricules du cerveau. Plusieurs fois j'ai vu une couenne albumineuse recouvrir toute l'étendue de l'arachnoïde ; j'en ai aussi rencontré d'espace en espace, entre cette membrane et la pie-mère.

IX. L'inflammation des veines est une maladie très-grave, et elle est souvent promptement mortelle : mais quelquefois elle est d'une longue durée ; je l'ai vue aller jusqu'au quarantième, quarante-cinquième et cinquante-cinquième jour. Si cette maladie attaque les veines très-éloignées du centre de la circulation, s'il n'y a qu'une petite étendue de ces vaisseaux d'affectés, l'inflammation présente peu de danger, elle peut se résoudre et se guérir à la longue ; mais si la maladie fait des progrès vers l'intérieur, ou que primitivement elle ait son siége près du centre de la circulation, la terminaison en est ordinairement funeste.

X. Le traitement de l'inflammation des veines n'est pas encore rigoureusement fixé ; je le passe pour le moment sous silence.

Je vais rapporter quelques observations à l'appui de l'exposé que je viens de faire de cette maladie.

Ire. Observation.

Madame D***, âgée de trente-six ans, demeurant place de l'Estrapade, était sujette tous les hivers à des

engelures aux mains, qui la faisaient beaucoup souffrir pendant deux ou trois mois de l'année : lorsque les grands froids venaient à cesser, les engelures disparaissaient naturellement. Les souffrances que cette dame éprouvait depuis quelques jours à la main et à l'avant-bras gauche, la déterminèrent à me faire appeler le 18 décembre 1799. La personne qui vint me chercher (1), effrayée de l'état de la malade, me dit que la main gauche de cette dame était menacée de tomber en gangrène, et me pria de me charger de la soigner. J'avoue que lorsque je vis la malade pour la première fois, je crus effectivement que la gangrène ne tarderait pas à se prononcer; mais après avoir examiné les parties plus attentivement, j'observai des phénomènes qui me frappèrent, et que je n'avais remarqués dans aucun cas d'engelure ni d'inflammation. Ce fut ce qui me détermina à recueillir avec le plus grand soin tout ce qui méritait d'être noté dans le cours de cette singulière maladie. Voici dans quel état étaient les parties :

Les veines céphaliques, médiane, radiales antérieure et postérieure, étaient très-dilatées, et cette dilatation s'étendait en haut jusqu'au commencement du tronc de la céphalique, et en bas sur le dos et la partie externe de la main. Dans presque toutes les divisions de ces veines, et dans toute leur étendue, elles étaient remplies par un sang qui, à travers la peau, paraissait très-noir. Ces veines étaient d'une telle sensibilité, que le moindre attouchement faisait jeter des hauts cris à la malade; mais lorsqu'on touchait dans l'intervalle de ces vaisseaux, la malade n'éprouvait aucune espèce de douleur. La main et l'avant-bras étaient très-enflés, de couleur d'un rouge obscur, et présentaient çà et là, dans l'intervalle

(1) C'était M. Collinet, alors encore étudiant en médecine.

des veines, des plaques qui semblaient produites par du sang infiltré dans le tissu cellulaire, comme dans le cas de taches scorbutiques : l'avant-bras était légèrement fléchi sur le bras. La langue n'était pas saburrale ; elle était plutôt pâle que colorée, et n'annonçait aucune irritation intérieure. Sans avoir de dégoût pour les alimens, la malade avait peu d'appétit, quoique digérant assez bien ; elle n'était point altérée, cependant elle buvait avec plaisir ; elle rendait beaucoup d'urine qui était légèrement colorée et s'éloignait peu de la teinte naturelle de ce fluide ; elle allait tous les jours à la garde-robe comme à son habitude : sans avoir de l'agitation, elle dormait peu ; le pouls était assez calme et souple dans la journée, mais vers le soir il devenait un peu dur et plus fréquent.

D'après l'état de la malade, j'enveloppai la main et l'avant-bras avec un linge enduit d'une couche épaisse d'onguent de styrax. Une tisane amère, consistant dans une décoction d'un gros de quinquina dans une pinte d'eau, lui fut prescrite. Ne connaissant pas alors le véritable caractère du mal ni sa nature, je lui ordonnai aussi de prendre un peu de vin antiscorbutique : ce traitement fut continué jusqu'au 25 décembre. Ce jour-là le mal paraissait un peu diminué ; mais dans la nuit les douleurs se réveillèrent avec une extrême violence. Le 26 je trouvai la malade dans un grand état de souffrance et dans une profonde tristesse. Le pouls était fréquent et dur. D'après l'idée que je me formai de la maladie, ce ne fut pas sans quelque crainte que je me déterminai à tirer deux palettes de sang du bras droit. Je craignais que ce moyen n'affaiblît la malade et ne hâtât la terminaison de l'inflammation par gangrène ; mais

quelques heures après la saignée, elle se trouva plus calme, et elle passa une nuit plus tranquille. Le 27, elle paraissait moins mal; le 28 et le 29, elle était dans le même état. Le 30, les douleurs se réveillèrent et reprirent la même intensité qu'elles avaient eue d'abord. Je fis prendre un bain de bras; et au lieu d'employer le styrax, j'enveloppai le membre dans un cataplasme émollient fait avec de la farine de graine de lin et l'eau de guimauve. Je supprimai le vin antiscorbutique, mais je fis continuer la tisane de quinquina jusqu'au 1er. janvier. Les douleurs que la malade éprouvait dans le trajet des veines semblaient être moins intenses; la chaleur était diminuée dans la main et l'avant-bras; la couleur de la peau était à peu près dans le même état. Le 2, je trouvai la malade très-agitée; elle avait eu la fièvre avec des frissons; elle éprouvait dans la main et l'avant-bras des douleurs intolérables qui s'étendaient vers l'épaule. Je trouvai, pour la première fois, les branches des veines basiliques, médiane, cubitales antérieure et postérieure, rouges, enflammées jusqu'au tronc de la basilique; les branches de la céphalique étaient plus saillantes que dans le commencement; elles étaient rougeâtres: la circulation y était arrêtée. En faisant des frictions de bas en haut sur le trajet de ces veines, on y faisait remonter le sang, et aussitôt qu'on avait cessé la pression, le sang redescendait; mais chaque attouchement faisait horriblement souffrir la malade. Je remarquai plusieurs phlyctènes au dos de la main et à la partie externe et inférieure de l'avant-bras. Le pouls était intermittent et très-fréquent, la respiration était un peu difficile; il y avait de l'oppression accompagnée d'un léger râle muqueux. La flexion de l'avant-bras sur le bras était aug-

mentée. Je remis du styrax sur la partie, et par dessus un cataplasme de farine de graine de lin. La tisane de quinquina fut continuée. Je prescrivis aussi une potion antispasmodique. La malade prit un gros de thériaque le soir. Le 3, les accidens allèrent en augmentant. Dans l'intervalle des veines, la peau de la partie postérieure et externe de la main et de l'avant-bras parut superficiellement gangrenée; toutes les branches de la veine basilique étaient aussi visiblement enflammées, et cette inflammation se propageait jusque vers la partie supérieure du tronc de la basilique. Toutes ces veines faisaient dans tout leur trajet une saillie remarquable au dessus de la peau : elles offraient une sorte de mollesse et une couleur d'un rouge pâle. La main était froide, la sensibilité y était diminuée, et le sang y paraissait arrêté. Le pouls, toujours accéléré et intermittent, était très-petit. La malade avait de l'affaissement et une tendance au sommeil. Le 4, elle avait éprouvé peu de changement. Le pouls semblait plus développé ; mais il était toujours intermittent et d'une grande vitesse. Il y avait une plus grande tendance au sommeil. Le 5, le pouls était très-petit et la malade était très-affaissée. La partie altérée parut reprendre par instans quelque chaleur, mais elle redevint bientôt froide.

Le 6, les branches de la basilique paraissaient moins enflammées. Le 7, les veines présentaient le même degré d'inflammation qu'elles avaient primitivement. Les branches de la céphalique étaient encore dans le même état. Le pouls, quoique petit et fréquent, était plus régulier. Le 8, il y avait gêne très-marquée dans la respiration et léger délire. Le pouls était redevenu intermittent. Le tronc de la basilique et ses branches parais-

saient plus rouges, et par conséquent plus enflammées. Les branches de la céphalique offraient à la pression une sorte de rénitence et de fluctuation assez marquées. Ces veines étaient inégalement dilatées. La couleur lie de vin y était très-prononcée, mais on voyait çà et là des points où elle l'était un peu moins et qui paraissaient blancs. La circulation ne s'y faisait plus ; les fluides qui y étaient renfermés y étaient en stagnation. La gangrène continuait progressivement sa marche. La malade avait le hoquet, surtout après avoir bu. L'abdomen était souple. Le 9, toutes les branches de la basilique, tant au bras qu'à l'avant-bras, étaient encore visiblement enflammées. Le pouls était plus petit, accéléré, intermittent ; et le délire plus grand. Le 10, l'assoupissement continuait et le délire avait augmenté. Le pouls était de plus en plus intermittent et la repiration plus laborieuse. La gangrène semblait gagner en profondeur. L'inflammation des veines n'offrait aucun changement ; la circulation s'était rétablie dans le tronc de la basilique. Le ventre était un peu météorisé sans être douloureux. Le 11, le pouls était plus petit et d'une vitesse extrême ; le ventre offrait à la pression une sensibilité très-prononcée. Le 12, la face était pâle et presque livide. Les bords des lèvres, les gencives et la langue étaient fuligineuses. L'assoupissement était un peu diminué, mais le délire avait augmenté. Les plaintes et les gémissemens annonçaient de grandes souffrances. La malade mourut le 13, à six heures du matin.

Je fis l'ouverture du corps le 14, à neuf heures du matin. Je trouvai gangrénés la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la partie postérieure de la main et du quart inférieur de l'avant-bras. Les parties profondes

étaient un peu rouges et n'avaient pas été atteintes par la mortification. Les veines basiliques, médiane, et cubitales antérieure et postérieure, étaient visiblement enflammées, et cette inflammation se continuait dans toute l'étendue du tronc de la basilique. Mais le plus grand désordre se remarquait dans la veine céphalique médiane, ainsi que dans les veines céphaliques radiales antérieure et postérieure. Elles étaient très-dilatées et remplies par une matière purulente qui, dans certains endroits, était comme de la lie de vin, et dans d'autres était du pus bien formé. L'épaisseur des parois de toutes ces veines était considérablement augmentée, et après avoir été coupées en travers, elles restèrent béantes comme un segment d'artère. L'intérieur de ces veines était inégal, présentait des enfoncemens ulcéreux, et en en faisant flotter dans l'eau une partie, on la voyait couverte de villosités.

Ainsi ces veines étaient dans un état d'ulcération manifeste, qui se continuait jusqu'au cinquième inférieur du tronc de la céphalique. Le reste de l'intérieur de ce vaisseau était lisse, enflammé et rempli par un pus sanguinolent. La veine axillaire contenait du pus; elle présentait des traces d'inflammation qui se continuaient dans la veine cave supérieure, et jusqu'à l'intérieur de l'oreillette et du ventricule droit.

L'intérieur du péricarde renfermait un peu de sérosité sanguinolente. Les vaisseaux de la plèvre costale et pulmonaire du côté gauche étaient remplis de sang, et cette membrane était légèrement enflammée. Il y avait dans la cavité gauche de la poitrine environ quatre onces de sérosité rougeâtre. Le poumon droit était uni à la

plèvre costale par d'anciennes adhérences, mais il paraissait aussi avoir été atteint par l'inflammation.

Tout le canal alimentaire était fortement distendu par des gaz. La tunique interne de l'estomac et celle de l'intestin duodénum présentaient des traces bien prononcées d'inflammation. Les autres viscères de l'abdomen étaient parfaitement sains.

L'ouverture du crâne nous fit trouver sous la dure-mère une assez grande quantité de sérosité. L'arachnoïde était épaissie et présentait, vers la partie supérieure de l'hémisphère droit, une couche couenneuse de la largeur de la paume de la main. Les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés de sang, et cette membrane était très-enflammée. Tous les vaisseaux qui s'en détachaient pour pénétrer dans la substance du cerveau, étaient fortement injectés par le sang. La substance du cerveau avait assez de consistance; les ventricules latéraux, ainsi que le troisième ventricule, étaient remplis par une sérosité sanguinolente, et cette humeur se continuait dans le canal vertébral avec le prolongement rachidien. La quantité de sérosité qui se trouvait dans toutes ces parties, pouvait être évaluée à deux ou trois onces. Ainsi le plus grand désordre que cette maladie a produit, se remarquait principalement aux veines du bras gauche et à l'organe encéphalique. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen étaient aussi très-affectés.

Le même jour, 14 janvier 1800, le bras fut porté à l'Ecole de Médecine, et présenté à M. le professeur Chaussier, qui improvisa à cette occasion une leçon des plus intéressantes; il décrivit cette pièce avec le plus grand soin; il fit voir aux élèves qui étaient dans l'am-

phithéâtre tous les désordres que la maladie avait causés, et il entra dans les détails les plus étendus. Il nous dit qu'*Arétée* avait parlé de l'inflammation des veines; il prouva combien il importait d'étudier avec soin, et séparément, les altérations des divers tissus du corps de l'homme et des animaux, pour arriver à la connaissance précise des maladies et d'une bonne thérapeutique, et pour saper dans leurs fondemens toutes les théories vagues et les systèmes erronés qui ont tant retardé les progrès de la médecine. Ce que nous dit ce professeur célèbre dans cette savante improvisation sur l'importance de l'ouverture des cadavres, frappa tous les esprits, et je ne serais point étonné que ce fût de ce moment que date l'époque où la médecine a pris une face nouvelle.

IIe. OBSERVATION. (1)

Jean Taupenas, militaire invalide, âgé de quatre-vingt-trois ans, avait, depuis une quarante d'années, des varices aux jambes, et se servait toujours de bas lacés. La jambe gauche étant devenue très-douloureuse, cet homme entra à l'infirmerie de l'hôtel, le 1er juillet 1819, quinze jours après l'apparition des premières douleurs.

Les veines de la partie inférieure de la jambe et supérieure du pied étaient très-dilatées, et contenaient un sang qui, à travers la peau, paraissait très-noir. La saphène, vers le tiers inférieur de la jambe, offrait une dilatation variqueuse de la grosseur d'une petite fève de

(1) Le malade qui fait le sujet de cette observation a été vu trois fois, à des époques différentes, dans le cours de la maladie, par M. le docteur Villermé, qui a inseré un extrait de l'observation dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales*, à l'article *Phlébite*.



haricot, très-dure, enflammée, et d'une sensibilité si grande, qu'on ne pouvait la toucher sans faire éprouver au malade de très-fortes douleurs. Le pouls était bon, le sommeil presque nul; du reste, toutes les fonctions se faisaient très-bien.

Le 5, des taches scorbutiques se manifestèrent sur la partie supérieure du pied et inférieure de la jambe. La douleur qui n'occupait que la partie interne de la jambe, se répandit sur toute sa surface, et se faisait principalement sentir sur les veines, qui bientôt parurent évidemment enflammées. Jusqu'au 19, le malade resta dans le même état.

Le 20, les douleurs étant plus fortes, huit sangsues furent appliquées vers la partie inférieure de la jambe, à l'endroit le plus douloureux. La nuit fut plus calme; le lendemain, le malade dit qu'il se sentait mieux.

Le 22, retour des mêmes douleurs. Application de cataplasmes émolliens, qui furent continués jusqu'au 24.

Le 25, la grosseur placée dans le trajet de la saphène interne n'est plus douloureuse; le pied et la partie externe et inférieure de la jambe sont d'une couleur brune. La chaleur est de beaucoup diminuée dans le membre. Le pouls, qui jusqu'alors avait été assez bon, devient petit, accéléré et intermittent; le ventre était légèrement ballonné, sans être douloureux.

Le 26, le malade éprouva des douleurs insupportables dans tout le pied et la jambe, et principalement sur le trajet des veines. Plusieurs phlyctènes se manifestèrent à la partie externe et inférieure de la jambe. Le pouls était dans le même état.

Le 30, tous les symptômes étaient aggravés; le tiers externe et inférieur de la jambe était superficiellement

gangrénés; l'inflammation des veines de la jambe se propageait aux veines de la cuisse. Le pouls était très-petit, accéléré et intermittent. Léger état de somnolence.

Le 31, la sensibilité était très-obtuse dans le pied et la partie inférieure de la jambe. Par des frictions faites de bas en haut, sur le trajet des veines, on pousse la colonne de sang ou de liquide devant le doigt, mais dès qu'on vient à cesser, cette colonne redescend contre le cours ordinaire de la circulation. Le fluide stagne dans les veines, qui restent molles et peu distendues, et l'on voit manifestement que la circulation y a complètement cessé. L'inflammation d'ailleurs est toujours la même dans les veines de la cuisse, comme dans celles de la jambe.

Le 1.er août, le pouls est plus développé, accéléré et intermittent; l'état de somnolence continue. Une tumeur ouverte à la partie externe et inférieure de la jambe fournit un pus brun et sanguinolent. Le fond de la plaie est noirâtre.

Le 2, le pouls est très-petit et accéléré; intermittences plus fréquentes; état de somnolence plus marqué. Le pied, qui jusqu'à ce jour était resté froid, avait recouvré un peu de chaleur et de sensibilité. La gangrène fait toujours des progrès. L'abdomen est tendu, mais sans douleur; les veines de la cuisse ne sont pas aussi enflammées.

Le 3, l'inflammation reparaît de nouveau sur les veines de la cuisse avec la même intensité qu'auparavant; le pouls est toujours petit et accéléré, mais sans intermittence. L'état de somnolence est plus grand.

Le 4, le pouls est le même et l'assoupissement plus profond. Il y a un commencement de gêne dans la respiration, accompagné d'un peu de délire: une seule

veine de la jambe demeure enflammée ; mais toutes celles de la partie interne de la cuisse le sont. La gangrène continue lentement ses progrès ; le malade a parfois le hoquet. L'abdomen est moins tendu.

Le 5, les veines de la jambe et celles de la partie interne de la cuisse sont enflammées ; le pouls est le même, mais le délire est augmenté.

Le 6, l'assoupissement est très-grand, le délire presque continuel ; le pouls est à-peu-près le même, les intermittences cependant sont plus marquées ; la respiration est plus gênée ; la gangrène plus profonde ; l'inflammation des veines est la même. La circulation s'est rétablie dans la saphène. Le ventre, très-balloné, est alors douloureux.

Le 7 et le 8, même état. Le 9, le pouls est plus petit et plus accéléré qu'il n'a jamais été. Le ventre est très-météorisé et douloureux ; la face de couleur cuivrée, les lèvres et la langue fuligineuses ; le délire plus intense : les plaintes sont continuelles. L'inflammation des veines de la jambe est la même ; celle des veines de la cuisse est moins prononcée. Mort le 10 août, à trois heures du matin.

A l'examen et à l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé le tubercule de la partie interne et inférieure de la jambe, formé par la dilatation variqueuse d'une branche de la saphène interne. Ce tubercule, entouré en outre d'un réseau variqueux à l'extérieur, offrait intérieurement un tissu lardacé. La saphène interne était très-enflammée tout le long de la partie interne de la jambe, et dans l'étendue d'à-peu-près huit pouces. Ses parois étaient épaissies et sa membrane interne très-rouge. Les branches collatérales de cette veine étaient dans le même

état. L'inflammation qui, pendant la vie, était très-prononcée aussi dans la portion de la saphène qui s'étend de la partie supérieure de la cuisse à la partie interne du genou, était à peine marquée après la mort du sujet. Cependant, lors même qu'on n'aurait pas reconnu cette affection du vivant de cet homme, il y avait encore des traces suffisantes de la maladie sur le cadavre, pour qu'on restât convaincu que cette portion de veine avait été récemment le siége d'une inflammation : mais cette affection était surtout très-marquée à la partie supérieure de la veine fémorale et à l'iliaque externe. Quelques branches de la veine mésentérique supérieure, ainsi que le tronc de la veine porte ventrale, avaient été très-évidemment enflammées. L'oreillette et le ventricule droit du cœur, ainsi que la veine cave inférieure à son insertion dans cet organe, avaient des traces manifestes d'inflammation récente : mais le premier et principal foyer de l'inflammation se trouvait, comme il a été dit, dans la portion de la veine saphène placée à la partie interne de la jambe et du pied. Nous n'avons trouvé du pus dans aucun point du système veineux, quoique pendant la vie du sujet nous ayons vu un liquide qui n'était pas du sang pur, et qui est resté en stagnation dans la veine saphène interne, depuis le 31 juillet jusqu'au 5 août que la circulation s'est rétablie dans ce vaisseau; et alors la matière qui y était contenue a été entraînée dans le torrent de la circulation et mêlée avec la masse du sang.

Les intestins grêles étaient enflammés, et particulièrement le jéjunum. Cette inflammation s'apercevait à travers le péritoine, qui était aussi atteint par cette ma-

ladie : mais elle était remarquable dans la membrane muqueuse intestinale.

La pie-mère était très-enflammée, et l'arachnoïde épaissie, surtout vers la partie supérieure du lobe gauche du cerveau : ces deux membranes étaient unies dans cet endroit, et n'ont pas pu être séparées l'une de l'autre. Il y avait un épanchement séro-sanguinolent considérable dans les ventricules du cerveau, et entre la dure-mère et l'arachnoïde. Les poumons étaient dans l'état sain.

IIIe. Observation.

Flicoteau, militaire invalide, âgé de cinquante-cinq ans, canonnier, avait été blessé d'un éclat d'obus à la partie inférieure de la jambe gauche. La plaie fut longue à se cicatriser, mais elle finit par guérir complètement. Cet homme jouissait depuis quelques années d'une bonne santé, lorsque, sans cause connue, il tomba dans la tristesse et la mélancolie. Sans souffrir, il éprouvait une sensation pénible qui lui faisait mal augurer de son état. Au bout d'un mois d'une apparence d'hypocondrie, il se plaignit d'une douleur située tout le long de la partie interne de la jambe et de la cuisse gauche. En examinant le membre, nous vîmes que la veine saphène interne était rouge, douloureuse et visiblement enflammée jusqu'auprès de l'aine. Lorsqu'on touchait cette veine, le malade ressentait de très-vives douleurs ; mais le sang contenu dans ce vaisseau y circulait librement. La cicatrice de l'ancienne plaie devint rouge, douloureuse, se tuméfia et prit le caractère inflammatoire. Un point gangréneux se manifesta au côté interne et infé-

rieur de la jambe. Cette gangrène s'étendit bientôt, et les extrémités inférieures des deux os de la jambe se dénudèrent ; le ventre devint douloureux, se tuméfia ; la respiration, d'abord difficile, fut bientôt accompagnée d'un râle muqueux ; le pouls qui, dans le premier temps, était petit et très-fréquent, ne tarda pas à devenir intermittent. Le treizième jour le malade perdit connaissance, et il mourut le quinzième au soir.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes l'extrémité inférieure du tibia et du péroné dénudée et abreuvée d'une sanie purulente ; l'astragale ankylosé avec le tibia ; les parties molles autour de l'articulation du pied étaient gangrénées ; plus haut, les parties unies par un tissu cellulaire serré, étaient comme lardacées ; les artères du membre étaient dans l'état naturel ; les veines de la cuisse et de la jambe avaient acquis une épaisseur considérable, qui contrastait avec l'épaisseur des veines iliaques, et même avec celle de la veine cave inférieure, qui, relativement, était très-mince ; la veine saphène, depuis la malléole interne jusqu'au près du genou, était rouge et très-enflammée ; elle contenait dans tout son trajet beaucoup de pus, qui, dans certains endroits, était blanc, bien lié, et dans d'autres était un peu sanguinolent ; les vaisseaux lymphatiques de l'aine étaient très-dilatés ; on pouvait y introduire un gros stylet ; mais ces vaisseaux ne contenaient aucun liquide ; ils étaient entièrement vides ; les intestins étaient enflammés dans plusieurs points ; les viscères de la poitrine nous parurent sains. Nous avons trouvé un abcès volumineux sous le grand pectoral : il ne paraissait point être le résultat d'une affection locale ; il semblait que ce pus avait été déposé là. Nous avons également trouvé à la partie supé-

rieure gauche de l'intérieur de la poitrine, au sommet du poumon de ce côté, un petit dépôt du volume d'une grosse noix. La plèvre et le poumon, entre lesquels ce pus se trouvait déposé, étaient parfaitement sains et n'offraient point de caractère d'inflammation. Ce petit dépôt semblait vouloir s'enkyster; la couche extérieure du pus avait pris de la consistance et commençait à avoir le caractère membraneux. Cette sorte de membrane accidentelle était déjà adhérente, d'une part, au poumon, et de l'autre, à la plèvre. Le pus avait également été porté là : il n'était pas le résultat d'une inflammation locale, puisque les parties sur lesquelles il était placé n'étaient point altérées. La pie-mère était légèrement enflammée dans plusieurs points ; il y avait peu de sérosité dans les ventricules latéraux; la substance du cerveau était ferme et d'une consistance très-remarquable.

IVe. Observation.

Le nommé Landry, militaire invalide, âgé d'environ soixante ans, avait éprouvé, pendant quinze jours, des douleurs intolérables au pied droit et à la partie inférieure de la jambe de ce côté, lorsqu'on s'aperçut que la portion de la veine saphène, qui traverse la malléole interne, était enflammée dans l'étendue d'environ trois pouces. Cette veine était aussi enflammée dans un autre point de la saphène, vers le milieu du dos du pied. Là, l'inflammation occupait à peu près un pouce et demi d'étendue. La veine, dans ces deux points, était dure et se présentait sous la forme d'un cordon; il n'y avait plus de circulation dans les deux portions malades de la veine; du sang liquide n'y passait plus; la fibrine paraissait s'y

être concrétée et durcie. Mais ici l'inflammation comprenait visiblement toute l'épaisseur des parois de la veine, et s'étendait jusqu'au tissu cellulaire environnant. Sur le dos du pied et à l'extrémité inférieure de la jambe, on voyait des plaques rouges comme des taches scorbutiques. Le dixième jour de l'apparition de l'inflammation, la veine était encore rouge, dure et très-douloureuse. Le onzième, le corps fibrineux contenu dans la portion de la veine malade se déplaça; enfin il disparut, et la circulation se rétablit dans cette portion malade de la veine. Ce phénomène, que je n'ai aperçu que cette seule fois, m'aurait paru très-étonnant, si je n'avais souvent rencontré des portions fibrineuses et des corps ronds qui n'étaient que de petits caillots de sang durcis, qui étaient libres, sans adhérence dans les veines, et nageaient au milieu du sang veineux. Après la disparition de l'inflammation la veine est restée encore quelque temps douloureuse, mais le malade a fini par être complètement guéri.

V°. OBSERVATION.

M. Prieur, officier invalide, âgé de quatre-vingts ans, portait un ulcère rond, à bords durs, calleux, un peu au-dessus du côté interne de l'articulation du pied droit. Une phlébite se déclara à toute la portion de la saphène interne, qui s'étend depuis la malléole interne du côté droit jusqu'un peu au-dessus du tiers moyen de la jambe. La veine avait acquis trois fois son volume par sa dilatation; elle était saillante, rouge, rénitente et extrêmement douloureuse, non seulement lorsqu'on la touchait, mais même lorsqu'on ne la touchait pas. La circulation cessa dans la portion de la veine enflammée: pendant

vingt jours le sang y resta stagnant. Quand on comprimait la veine de bas en haut, on faisait remonter le liquide; mais il redescendait quand on discontinuait cette pression. Les parties molles de la moitié inférieure de la jambe et du pied étaient dures et d'un rouge obscur bleuâtre comme dans le scorbut. Cet état a duré pendant deux mois : la veine a repris peu à peu son état naturel, en conservant cependant de la sensibilité; car quoique la phlébite soit dissipée depuis environ deux ans, le malade éprouve encore de temps en temps de la douleur dans le trajet de cette portion de la veine saphène : cet officier, d'ailleurs, se porte bien.

VIe. Observation.

Un homme âgé de soixante-six ans, reçut une forte contusion au côté externe du genou gauche, laquelle donna lieu à la carie des surfaces de cette articulation, et à des dépôts qui fournirent pendant dix mois une si abondante suppuration, que le malade finit par mourir dans le marasme après de longues souffrances. Pendant les trois derniers mois de la vie, ce malade eut la jambe fortement fléchie et appliquée contre la cuisse, avec laquelle elle formait un angle aigu : il y avait impossibilité de redresser le membre.

A l'ouverture du corps, qui fut faite en ma présence, par MM. les docteurs Durocher et Clément, nous trouvâmes que la veine fémorale ainsi que les branches qui allaient s'y rendre, étaient obstruées par une matière fibrineuse qui avait conservé une couleur rougeâtre; mais cette matière était desséchée, racornie et adhérente sur toute l'étendue des parois de cette veine, dont l'épais-

seur était augmentée : il est certain que le sang y était depuis long-temps arrêté et sans mouvement.

La veine saphène interne fut ouverte dans toute sa longueur ; les parois de ce vaisseau étaient plus denses que dans l'état ordinaire, et à quelque distance au-dessus du foyer, dans l'étendue d'environ six travers de doigt, l'intérieur de la veine contenait un pus blanc bien formé. Au-dessus et au-dessous elle renfermait une matière fibrineuse, peu consistante, et du sang noir et fluide.

VIIe. Observation.

Les sinus de la dure-mère peuvent s'enflammer comme les veines ; des membranes accidentelles peuvent s'y former, le sang stagner dans ces sinus, s'y concréter, se durcir, prendre un caractère fibreux, et même s'organiser comme les parties solides. Je vais rapporter le sommaire d'une observation qui va nous en fournir la preuve.

Un personnage d'une grande distinction, âgé d'environ quarante-cinq ans, éprouvait vers la partie supérieure de la tête, des douleurs profondes et continuelles qui le faisaient beaucoup souffrir, le portaient à la tristesse et à la mélancolie. Il était sujet à des attaques d'épilepsie ; les accès étaient tantôt rapprochés et tantôt éloignés. Il y avait quelques années que les idées avaient éprouvé du dérangement ; mais ce trouble était dissipé, et le malade avait repris toute la plénitude des facultés intellectuelles, lorsqu'il fut atteint de nouveau d'un délire violent, qui dura vingt-cinq à trente jours. Après ce temps le calme se rétablit, mais il mourut six mois après. Il avait conservé dans cet intervalle les mêmes douleurs de tête et sa tristesse ; les accès d'épilepsie étaient devenus plus fréquens. MM. Portal, Chaussier, Laennec, Boyer,

et plusieurs autres médecins, avaient été consultés. J'étais de ce nombre. M. Yvan, qui soignait particulièrement le malade, et qui a recueilli tout ce qui a rapport à la maladie, publiera sans doute cette observation. D'après son invitation, l'ouverture du corps fut faite, tant dans l'intérêt de la famille que dans l'intérêt de la science. Voici les principales choses qui ont été observées :

Les parois du crâne dans leur moitié antérieure étaient minces, transparentes, dépourvues de diploë, et se présentaient sous l'aspect d'une seule lame compacte. Ces parois, dans leur moitié postérieure, étaient très-épaisses, et la substance spongieuse y était très-abondante ; les traces des sutures des os du crâne s'apercevaient à peine, et avaient même disparu dans un grand nombre de points. Sur l'os frontal, la gouttière longitudinale était à peine marquée ; dans le reste de son étendue, en arrière, elle avait une profondeur très-remarquable et une largeur de douze lignes. Vers le cinquième postérieur de la face interne de l'os pariétal, on voyait une gouttière profonde d'environ dix-huit lignes de longueur et de cinq de largeur, qui prenait naissance de la partie gauche de la gouttière longitudinale, et de là descendait en arrière et en dehors. Cette gouttière servait à loger une grosse veine variqueuse. Du reste, toute la face interne du crâne était remplie d'aspérités.

Le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère avait ses parois très-épaissies, et contenait dans son tiers antérieur un corps fibreux, long de deux pouces, aplati, bien organisé, qui se perdait supérieurement dans le sang que contenait la cavité du sinus, et se terminait antérieurement par une extrémité allongée ; sa consistance était très-grande ; elle a résisté aux tractions qu'on

a exercées avec les pinces à dissection. Cette substance était appliquée assez étroitement sur les parois du sinus. Il est évident que la circulation du sang avait cessé depuis un certain temps dans cette partie du sinus.

Dans ses deux tiers postérieurs, le sinus longitudinal supérieur était très-dilaté, avait environ un pouce de largeur et était rempli d'un sang noir coagulé, qui paraissait n'avoir perdu sa fluidité que depuis la mort; mais le caillot était grumeleux: la dureté de ces grumeaux, qui étaient très-nombreux, faisait croire qu'ils étaient déjà formés du vivant du sujet. Toute la masse de ce sang était enveloppée d'une couche membraniforme. Les parois du sinus qui avaient augmenté d'épaisseur étaient rouges, et présentaient les traces d'une inflammation profonde. Ce sinus était en outre tapissé dans toute son étendue par une membrane accidentelle, effet certain de l'inflammation de ce vaisseau.

Le côté gauche du même sinus donnait naissance à une grosse veine variqueuse de la longueur d'environ dix-huit lignes, et d'une largeur de quatre ou cinq. Elle se dirigeait en arrière, en dehors et en bas: elle était logée dans la gouttière qui existait sur la face interne de l'os pariétal gauche. Cette veine renfermait un caillot formé d'un sang grumeleux, de la même nature que celui qui s'était trouvé dans le sinus longitudinal, et avec lequel il se continuait.

Le sinus longitudinal supérieur s'ouvrait en arrière, uniquement dans le sinus latéral droit, qui se trouvait libre, et qui a dû être la seule voie par laquelle le passage du sang en circulation dans la dure-mère ait pu avoir lieu vers le dernier temps de la vie. Ce sinus était rempli d'un sang moins grumeleux, mais du reste

à l'artère mésentérique supérieure, et ensuite à l'inférieure ; je les ai parcourues dans toute l'étendue des ramifications qui ont pu être ouvertes, et je n'ai jamais trouvé d'altération assez notable pour lui attribuer aucun des accidens qui accompagnent cette maladie.

Mais il n'en a pas été de même, lorsque j'ai dirigé mes recherches sur les veines. Chez presque tous les sujets morts de fièvre adynamique, j'ai trouvé des traces d'inflammation dans le tronc et les branches de la veine porte ventrale, et quelquefois même dans la veine porte hépatique, et jusqu'à l'oreillette et au ventricule droit du cœur.

J'avais trouvé si souvent les veines enflammées dans le cas qui nous occupe, qu'en 1816 j'annonçai que je croyais être fondé à penser que les veines et le sang veineux étaient principalement affectés dans les fièvres adynamiques. On rencontre, il est vrai, des sujets chez qui les traces de l'inflammation des veines sont peu marquées ; mais on sait avec quelle rapidité elles s'effacent sur le cadavre par l'effet de la mort. Si l'on examine la partie affectée d'érysipèle chez un individu mort de cette maladie, presque toutes les traces de l'inflammation ont disparu : il en est de même pour l'inflammation des veines ; mais cependant, quelque légère qu'elle ait été, le praticien, un peu habitué à faire l'ouverture des corps et à voir ces sortes de cas, ne s'y trompera pas, et distinguera bien s'il y a eu inflammation dans la veine, ou n'y en a pas eu.

Ainsi, il reste prouvé pour moi, que chez les individus morts de fièvre adynamique, quelque légère que soit en apparence l'inflammation de l'intestin, il y a toujours aussi inflammation dans les branches de la veine porte ventrale.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit que dans les entérites et les gastro-entérites, si l'irritation et l'inflammation de ces parties se communiquent au foie, ce n'est pas seulement au moyen du canal chodéloque : les veines portes ventrale et hépatique paraissent les principaux moyens de transmission.

On sera convaincu de ce que j'avance, si on peut se rappeler ce que j'ai dit dans un autre temps des rapports de ces vaisseaux avec le canal alimentaire, et particulièrement avec les villosités intestinales. J'ai démontré que ces villosités s'ouvraient librement et largement dans le canal intestinal, qu'elles avaient la faculté d'absorber, et qu'elles se continuaient directement avec les veines. Tous les raisonnemens qu'on a opposés à ce que j'ai avancé à cet égard, sont loin d'avoir détruit la conclusion que j'ai tirée du résultat de mes expériences et de mes observations. Je me propose de revenir sous peu sur cette question, et de tâcher de répondre aux objections qu'on a faites contre mon opinion et contre l'absorption veineuse.

MÉMOIRE

Sur la Physiologie du Cerveau et des Nerfs ; fondée sur de nouvelles observations anatomiques.

(Troisième article.)

Par M. Laurencet.

Nous finissions dans notre dernier article par dire que les rapports du corps calleux avec le septum lucidum devaient nous donner l'explication des phénomènes physiologiques des sensations et de la motilité.

Le septum lucidum n'est autre chose qu'un repli de la partie interne des lames fibreuses qui constituent la voûte à trois piliers ou trigone. Quand on considère le cerveau dans sa position naturelle, ce repli s'élève verticalement et s'adosse à celui du côté opposé, en laissant entre eux un intervalle qu'on appelle le cinquième ventricule : ces replis sont falciformes, et leurs bords, convexes, sont appliqués au centre intérieur des hémisphères, dans toute la longueur du corps calleux et de ses replis, comme la faux du cerveau est appliquée à la voûte du crâne; ou bien, ainsi que nous l'avons déjà dit, comme la lame droite, nommée le cimier, est reçue dans la concavité de la cheville d'un casque romain. J'insiste sur ces rapports, parce qu'ils sont du plus haut intérêt, ainsi que nous l'allons voir. Les auteurs disent communément que la cloison des ventricules se fixe au corps calleux; mais cette définition est vague. Le corps calleux a presque deux pouces en largeur, quand on le regarde par la face convexe du cerveau, après avoir fait ce que l'on nomme le centre ovale de Wieussens : si l'on veut savoir quelle partie du cerveau correspond dans l'intérieur à cette surface, tant en largeur qu'en longueur, on reconnaît bientôt que c'est tout l'espace compris sous le nom de plancher supérieur ou plafond des ventricules latéraux et moyens; ce plafond s'étend transversalement de l'un à l'autre bord externe des corps striés. Dans quel point de cette étendue, qui est de deux pouces, se fixent les lames de la cloison des ventricules? Si l'on en croit la première et la plus simple apparence, ce serait dans le milieu même du corps calleux, c'est-à-dire en dessous de ce raphé qui semble exister seulement à la face extérieure du corps calleux; raphé qui ne s'aperçoit pas à sa

face intérieure, et qui, par sa ressemblance avec la callosité d'une cicatrice, a fait donner à cette commissure le nom qu'elle porte. Mais quand on réfléchit à l'espace triangulaire nommé le cinquième ventricule, que les deux feuillets du septum médian laissent entre eux, en avant de la surface intérieure de la grande commissure, on voit déjà que ce n'est pas sur la ligne médiane que cette dernière reçoit le septum médian, et, sous ce rapport, cette dénomination ne lui conviendrait peut-être pas; ni bien moins encore, quand on fait attention que, dans les fréquentes hydropisies du cinquième ventricule, ainsi que dans les hydrocéphales, les lames du septum médian se détachent par l'effort lent et gradué de la sérosité, et ne paraissent plus tenir au corps calleux que par son bord externe. C'est là, en effet, qu'elles y sont fixées, car il est impossible de les décoller au-delà de cette limite; cela n'arrive ni par l'effort de la nature, ni par aucune manipulation; les lames de la cloison ne sont plus sur-appliquées, ni doublées avec d'autres surfaces; la violence les fait rompre comme un fil sur lequel on exerce une traction trop forte. Il est à remarquer que l'on peut également avec le scalpel râcler jusque dans ce point la lame du septum; mais au-delà tout effort a pour résultat la rupture. La surface ainsi décollée est seulement moins nette que celle qui se détache dans les cas pathologiques; ce qui porterait à croire que l'arachnoïde qui revêt d'ordinaire le cinquième ventricule, se prolonge réellement entre le corps calleux et les lames de la cloison jusqu'au bord externe du même corps calleux; mais que dans l'état normal elle y est comme oblitérée; elle ne manifeste son existence qu'au moment où l'inflammation la rend le siége d'une sécrétion plus active.

Il résulte donc de ces faits que les lames du septum lucidum se fixent au corps calleux seulement le long de ses deux bords externes, et que, depuis cet endroit jusque sur la ligne médiane où elles sont adossées, elles sont seulement en contact par leur surface avec cette commissure. Ce qui revient à dire, que chaque lame de la cloison communique avec l'hémisphère de son côté.

Examinons quels résultats la physiologie doit tirer de ce fait, en le liant avec les suivans, qu'établissent les observations physiologiques et anatomiques déjà connues, autant que celles que nous avons exposées, savoir, 1°. que les nerfs antérieurs sont destinés au mouvement, et les postérieurs au sentiment; 2°. qu'aux premiers est due toute la masse des hémisphères, y compris leur commissure du corps calleux, et aux seconds tout le trigone, le septum lucidum et la corne d'Ammon, qui ne sont qu'une même lame fibreuse; 3°. que ces parties, qui forment l'extrémité de chaque système, sont celles par lesquelles ils communiquent ensemble. Il arriverait qu'une impression étant apportée directement à l'un des hémisphères, la contraction que déterminerait cet organe serait envoyée par lui obliquement au côté du corps opposé à celui d'où s'est élevée cette impression. Rendons cela sensible, et suivons la marche du phénomène dans les nerfs même qui en sont les organes, en nous servant pour exemple du cas auquel nous avons déjà recouru dans les précédens articles. Ainsi, qu'une impression soit appliquée sur l'extrémité d'un bras, elle sera reçue par les nerfs postérieurs du plexus de ce membre, puis transmise aux faisceaux postérieurs de la moelle; et puis, soit qu'elle passe par le cervelet, soit qu'elle suive seulement le faisceau intermédiaire dont nous avons

parlé, elle arrivera, par l'un comme par l'autre, aux piliers antérieurs du trigone; de là, par une des lames de la cloison, aux fibres qui lui font suite dans l'hémisphère du même côté; car nous n'avons pas vu que les nerfs postérieurs fussent croisés jusqu'au corps calleux. Mais la région du cerveau qui perçoit, étant aussi, comme nous l'avons dit, celle qui fait mouvoir, et les nerfs des pyramides, par lesquels elle transmet les contractions, étant croisés, le bras droit se contractera, si c'est le gauche qui a été impressionné. Par suite du même raisonnement, si une altération porte sur les fibres de l'hémisphère qui font suite à celles de la cloison qui ont transmis l'impression, celle-ci ne sera point perçue : de là, insensibilité dans le bras sur lequel elle a été produite; et toujours, en vertu de la propriété sensitive et motile des hémisphères et du croisement des pyramides, aucune contraction ne parviendra au bras opposé; d'où résolution dans ce dernier membre.

Or, cette opposition dans l'influx cérébral ne s'observe jamais, ainsi que nous l'avons dit; on remarque toujours, au contraire, une coïncidence parfaite dans l'existence ou la cessation des deux phénomènes. Il y a donc, comme nous l'allons voir, une clef dans l'organisation qu'il est essentiel de trouver; car, ici, la disposition anatomique est indispensable. La régularisation des effets ne saurait être attribuée à notre âme, ce modérateur inconnu dans sa nature, dont l'action nous laisse tant de problèmes à jamais insolubles. Si nous ne pouvons saisir son mode intime de se comporter, il nous est au moins permis de suivre assez loin la chaîne de ses opérations : il me semble utile de prouver ce principe, avant d'exposer la solution matérielle de la difficulté qui

nous occupe. Distinguons les effets qui sont dus à la volonté, de ceux qui échappent à l'empire de cette puissance. Nous sommes placés au milieu d'un choc perpétuel avec les objets environnans; ce choc est ce qui entretient notre existence, qui n'est qu'une succession non interrompue de sensations plus ou moins fortes, douces, agréables ou pénibles; il n'est pas dans notre pouvoir de ne pas sentir, autrement nous serions libres de ne pas exister : la seule intermittence à laquelle nous nous trouvions soumis à cet égard, c'est celle involontaire du sommeil, et encore n'est-elle réellement qu'une veille moins active, ainsi que le prouvent les rêves, quant aux sensations que l'imagination renouvelle, et comme le démontrent les perceptions incomplètes dont en cet état nous sommes capables, quand nous éprouvons des impressions actuelles qui ne sont ni assez fortes pour rompre le sommeil, ni trop peu vives pour ne pas affecter le cerveau. Notre libre arbitre ne peut donc pas influer sur nos sensations; toute impression en produit nécessairement une, et nous ne pouvons la refuser; il nous est seulement permis d'éviter ou de rechercher les circonstances d'où elles doivent naître, et cette faculté se réduit à échanger celle que nous fuyons contre une autre; nous ne pouvons trouver un milieu qui en soit vide. Il est donc impossible de croire que notre volonté, qui ne saurait se soustraire à l'effet d'une impression, fût libre d'en régler la marche et de ne l'accepter que dans un point ou dans un autre de l'étendue du cerveau, sans que les nerfs, qui sont chargés de la conduire à travers la moelle, ne la portent réellement aussi jusqu'à un côté déterminé de l'encéphale. Enfin, nous avons établi précédemment que chaque organe devait avoir dans les

hémisphères une région plus ou moins déterminée et circonscrite, chargée de percevoir ses modifications et de créer le principe de son excitation. L'on peut d'autant moins nier que ce qui a lieu involontairement en nous dépende d'une loi d'organisation, que les déterminations de notre volonté elles-mêmes y sont assujetties. S'il était une fonction qu'il dépendît de notre volonté d'exercer dans une partie plutôt que dans une autre du système par lequel elle dirige son influence, ce serait bien celles qui lui sont propres et exclusives. Il semblerait assez naturel de penser qu'un être qui a la faculté de retenir ou d'émettre un principe quelconque, eût la faculté de l'émettre dans tel ou tel sens; mais il en est autrement : notre volonté n'agit dans les mouvemens qu'elle opère que comme une montre, qui ne saurait indiquer les heures que dans le sens dans lequel ses ressorts déterminent la rotation de son aiguille. Ainsi, toutes les fois que nous mouvons un membre du côté gauche, nous sommes bien certains que la rotation est partie du lobe droit : cette vérité est indiquée par les paralysies, qui sont toujours croisées quand elles ont pour cause une lésion des hémisphères; car il est clair qu'on ne peut pas conclure différemment du fait positif de l'influx cérébral, que du fait négatif de la cessation de cet influx. Le premier était dû à l'action dans l'état sain des mêmes parties dont la destruction a causé le second. Or, en cela, les mouvemens volontaires ne s'exécutent pas par un mode différent des mouvemens involontaires : par ces derniers, je n'entends pas parler des contractions que l'on obtient des parties musculaires encore vivantes, quoique détachées du système et soustraites à l'influence cérébrale. Je vais argumenter d'un fait bien moins arti-

ficiel, et qui a lieu vraiment par l'intermède, quoique sans la participation active du cerveau : c'est celui que l'on observe dans quelques paralysies commençantes, sur lequel le savant professeur Lallemand a fixé son attention d'une manière spéciale; je veux parler de ces cas où la motilité volontaire est déjà abolie, quoique la sensibilité subsiste encore un peu, ou même soit pervertie et morbidement exaltée. Le malade ne peut présenter son bras, sur la demande qu'on lui en fait, ni le retirer spontanément; mais il le retire très-promptement et ressent de la douleur si vous le pincez assez fort : certainement, ce mouvement n'est pas l'effet de la volonté, qui s'y refusait un instant auparavant, et cependant l'impression a parcouru l'encéphale. Quelle explication donner de ce fait? sinon qu'une sensation assez faible, telle que celle qui résulte du mouvement organique habituel qui s'effectue dans chaque partie, suffit, dans l'état normal, pour avertir le cerveau de l'existence de ces parties, et que, lorsque les nerfs, par suite d'altérations, deviennent moins propres à conduire les impressions, celles-ci ont besoin d'être augmentées d'intensité, ou mieux encore de dynamie. Il en découle aussi que la volonté réagit, en quelque sorte, plutôt qu'elle n'agit directement et par elle-même; c'est-à-dire que dans beaucoup de cas son rôle est presque passif; elle modifie plutôt qu'elle ne crée l'excitabilité à laquelle sont dus nos mouvemens. Cette excitabilité se conçoit indépendamment d'elle; elle est le résultat de cette irruption continuelle d'impressions parties des agens extérieurs et intérieurs traversant sans cesse notre économie, introduites par les sens. J'estime que si l'on pouvait concevoir un être organisé privé de toute espèce de volonté, il serait com-

sément et vaguement agité, comme la feuille qui obéit à tous les vents, ou comme ces machines qui meuvent des agens physiques tant que leurs ressorts se prêtent à cet exercice; chaque impression produirait sa contraction; toute la physiologie de ses mouvemens, en un mot, serait une aberration continuelle. Pour admettre la possibilité de l'être imaginaire que je viens de dépeindre, il ne faut que juger du plus par le moins, et considérer l'homme dans les états, naturel ou accidentel, les plus voisins de ceux-ci, l'enfance et la folie. Ne nous offre-t-il pas, dans le premier, une mobilité extrême et aussi variée que les objets qui le frappent successivement, quoique bien certainement, dans les premiers instans de la vie, la volonté préside bien peu à leur formation? Qui est-ce qui n'a pas observé, chez certains aliénés, la volubilité inconcevable avec laquelle se succèdent une foule de mouvemens contraires que le sommeil n'interrompt qu'à peine? Chez ces derniers, il est vrai, l'imagination ou la mémoire des sensations passées agit plus que celles actuelles, mais la théorie de leurs effets n'est pas différente.

Puis donc que nous ne pouvons sortir de ce principe, que l'organisation est la première cause des phénomènes qui se passent en nous, et que la portion immatérielle de notre être y est elle-même soumise, ce qui ne justifierait pas la phrase célèbre de M. de Bonald, *que nous sommes des intelligences servies par des organes*, mais bien au contraire asservies à des organes, revenons à l'examen du point d'anatomie qui nous occupait avant cette digression nécessaire.

Nous avons laissé les lames du septum lucidum se perdant sur les bords externes du corps calleux, chacune dans l'hémisphère correspondant; mais c'est une

illusion qui provient de ce qu'on n'a pas examiné avec assez d'attention la structure interne du corps calleux. Cette commissure, que l'on a représentée comme un adossement pur et simple des extrémités des fibres des hémisphères, n'est rien moins que cela. Elle renferme vraiment une décussation qui ne doit pas amener des résultats moins intéressans que la décussation des pyramides antérieures; décussation que des anatomistes très-illustres (M. Rolando) s'obstinent pourtant à nier; mais je crois qu'ils sont dans l'erreur. Non-seulement je pense que celle-là existe, mais encore je regarde comme certain que le corps calleux en renferme une autre. Non-seulement les faits pathologiques, mais encore l'anatomie comparative des quatre classes, concourent à établir l'évidence de cette vérité. Je prouverai dans l'ouvrage que je vais publier, que dans toutes les classes où il existe un croisement partiel ou entier des pyramides, il en existe un, coïncidant avec celui-là, dans la partie supérieure des hémisphères. Je ferai voir que chez les poissons, où le premier manque, le second ne s'observe pas non plus, et qu'au lieu d'être transversales de dehors en dedans, comme le nécessite la décussation supérieure des lobes, leurs fibres sont droites et longitudinales d'avant en arrière. Du reste, leurs plicatures figurent toujours une anse dont la partie supérieure, par des inflexions répétées, produit le même nombre de renflemens; lesquels sont, en général, plutôt moins volumineux que moins compliqués que ceux des animaux supérieurs. Je vais plus loin, et je crois pouvoir affirmer dès à présent qu'il existe aussi une décussation pour la commissure du cervelet; ce que je n'ai pas toujours soupçonné. J'espère que j'aurai bientôt confirmé ce fait

par les recherches en anatomie comparée. Je ferai voir jusqu'à quel point le croisement de la commissure du cervelet coïncide avec celui des hémisphères et des pyramides, quelle est l'analogie des fonctions de ce renflement avec celles du cerveau, et jusqu'à quel point ils s'influent et se peuvent suppléer réciproquement. Ce sera le sujet des mémoires suivans.

Or, voici de quelle manière le corps calleux est formé. L'espèce de callosité que l'on observe sur sa ligne médiane n'est pas due à de petites languettes qui s'engrènent comme les dents de deux lames de scie que l'on affronte au défaut les unes des autres; mais cette espèce de raphé résulte de l'entrelacement des fibres qui sont juxta-posées transversalement et parallèlement, de manière que celles de l'hémisphère gauche passent au bord externe du corps calleux du côté droit, en se croisant avec celles de ce côté qui viennent aboutir au bord externe gauche de la même commissure. C'est avec ces fibres que, de chaque côté, se continuent les lames de la cloison ou du septum lucidum, qui, comme nous l'avons dit, se fixent aux bords externes du corps calleux. Cette fixation n'est donc que la continuité des fibres postérieures par les lames fibreuses de la corne d'Ammon dans la partie postérieure du cerveau, et par le septum medium dans les parties moyenne et antérieure des hémisphères. Cette disposition est tout à-fait évidente dans le repli postérieur de l'homme et du singe; je ne l'ai retrouvée encore chez aucun autre animal: mais dans ce point l'on voit très-distinctement les fibres d'un lobe passer du côté opposé pour se fixer au pilier postérieur de ce même côté. Et ceci nous explique comment nos sensations se croisent en montant au cerveau, comme

les contractions, en en descendant, et pourquoi ces deux décussations s'entre-détruisant mutuellement, il en résulte une seule action complexe, qui se réfléchit en diagonale d'un lobe au côté du corps opposé.

(*La suite au numéro prochain.*)

OBSERVATION DE CATALEPSIE ;

Par MM. L. Vyau. de Lagarde et Lenormand.

16 ans ; nostalgie ; fièvre avec constipation opiniâtre ; chorée ; trismus ; catalepsie ; somnambulisme ; évacuations alvines abondantes ; flux extraordinaire d'urines ; retour des symptômes fébriles ; convalescence.

Peut-être n'eussions-nous publié qu'avec quelque hésitation un fait aussi extraordinaire, s'il n'eût eu que nous pour témoins ; mais appuyés de l'autorité imposante et irrécusable de MM. Récamier et Laennec, qui, conjointement, ont donné des soins à la malade dont nous allons rapporter l'histoire, nous ne doutons pas un instant de l'attention et de la confiance du lecteur. Nous espérons aussi qu'il nous pardonnera la longueur des détails, en faveur de l'intérêt du sujet.

Mademoiselle de ***, naquit à Lille en 1809, et habita pendant toute son enfance tantôt la ville, tantôt la campagne, qu'elle aimait beaucoup, et où elle se livrait avec plaisir à la promenade, à la course et surtout au jardinage. Ses parens semblaient lui avoir transmis la bonne santé dont ils jouissaient eux-mêmes ; et au milieu de tous les agrémens que procure une grande fortune, elle coulait d'heureux jours, étant seulement sujette à quelques affections catarrhales légères et à des épigastralgies fréquentes avec constipation, mais pas assez fortes pour

lui ôter la gaîté et attirer d'une manière spéciale l'attention de ses parens. Elle arriva ainsi à sa quinzième année, époque à laquelle parurent, sans aucun accident, les règles, qui eurent lieu trois fois encore avec la même facilité, puis ne revinrent plus. La jeune personne était alors d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux et irritable : stature petite ; formes assez bien développées ; cheveux très-blonds ; peau blanche et fine ; caractère espiégle, mais doux et prévenant ; esprit précoce, fin, observateur.

Les parens l'amenèrent à Paris pour la mettre dans une pension où se trouvait sa sœur. Y étant entrée dans les premiers jours du mois de juin 1824, elle eut presqu'aussitôt une fièvre catarrhale, qui l'en fit retirer. Bientôt convalescente, elle y rentra, le 23 du même mois, avec un vif chagrin de quitter sa famille, et regrettant amèrement des habitudes, qui jusques-là avaient fait son bonheur. Rien ne put adoucir ses regrets, et bientôt elle devint véritablement nostalgique. Les douleurs d'estomac furent plus fréquentes et plus fortes ; elle ne voulut plus manger qu'en cachette, dérobant les alimens qu'elle refusait lorsqu'ils lui étaient offerts. La société de sa sœur et de ses compagnes ne pouvait plus ni l'amuser, ni la distraire, et elle les fuyait pour aller pleurer seule à l'écart et relire les lettres de ses parens, auxquels elle ne voulait cependant pas faire connaître son ennui, dans la crainte de les affliger.

Le 29 novembre 1824, après six jours d'insomnie, fièvre avec des apparences inflammatoires, et quelques symptômes saburraux. Elle fut combattue par le régime, les boissons délayantes, l'eau de poulet, de chiendent, l'infusion de guimauve ; par l'ipécacuanha et les

sangsues à plusieurs reprises. Le calomélas par grains fit cesser la constipation qui existait au début.

Cet état fébrile dura trois semaines environ, puis disparut complètement. Mais bientôt après, dans le courant de la quatrième semaine, survinrent une nouvelle constipation, et de la difficulté à prendre des alimens. Les lavemens avec l'eau de son, de casse, de poirée, et enfin avec l'huile de ricin, furent inutilement employés; et pendant qu'on en fit usage, dans le cours de la cinquième semaine, des accidens spasmodiques choréiformes parurent. La tête, les bras et les jambes étaient dans un mouvement presque continuel, sensiblement plus fort du côté gauche; et la malade se plaignait beaucoup d'une douleur sourde et profonde, siégeant dans toute la poitrine et surtout dans le sternum. Ces symptômes durèrent plusieurs jours.

Vers le 1er. janvier 1825, l'agitation commença à diminuer. Bientôt elle ne revint plus que par intervalles, et fut remplacée par un trismus violent, accompagné d'une contraction fixe et presque permanente des muscles de la déglutition. Il fut alors impossible d'introduire aucun aliment par la bouche. On imagina, cependant, d'écarter les mâchoires en se servant de leviers de bois, taillés en forme de coins, avec lesquels on y parvenait, non sans beaucoup de précautions et de difficultés. A l'aide de ce moyen on essaya de faire prendre quelques boissons nourrissantes : du bouillon, du lait d'ânesse, de l'eau panée, qu'on versait dans la bouche avec une petite cuiller, ou avec une petite seringue engagée dans une sonde de gomme élastique, que l'on portait, soit par la bouche, soit par les fosses nasales, jusqu'au commencement de l'œsophage. Réussissant en-

core fort peu de cette manière, on injecta les boissons par la bouche ou par le nez, sans la sonde. Mais avec tout cela, malgré les efforts de la malade et la persévérance du médecin, on put à peine, dans l'espace de huit à dix jours, faire parvenir quelques gouttes de liquide dans l'estomac.

Quelques jours après l'apparition du trismus, il vint s'y joindre une sorte d'anestésie, qui, d'abord, à différentes reprises, dura quelques heures, et finit ensuite par occuper une partie de la journée et de la nuit. Elle était caractérisée par les symptômes suivans : immobilité parfaite et, par instans, roideur marquée de tout le corps, et spécialement du côté gauche; paupières fermées et immobiles; yeux tournés en haut; pupilles non dilatées; expression de la figure très-naturelle, seulement la commissure gauche des lèvres est parfois tiraillée en haut; pouls faible et facile à déprimer; peau alternativement très-chaude ou très-froide; insensibilité complète et générale; perte de tous les sens, excepté de celui de l'ouïe : la malade entend tout ce qui se dit autour d'elle, sans pouvoir en donner aucun signe. En sortant de cet état elle ne se plaint que d'avoir éprouvé et d'éprouver encore une vive douleur sous le sternum, disparaissant en partie sous une forte pression, et ayant des redoublemens que la roideur du corps et la contraction des lèvres paraissaient exprimer. Elle cherche à parler, malgré le resserrement des mâchoires qui est continu; pleure, console ses parens, et s'efforce de seconder de son mieux tous les moyens employés pour la faire boire.

Pendant tout le temps que dura cet état, des affusions d'eau à 17 ou 18° therm. Réaum., furent faites sur la

tête et sur la poitrine : elles procuraient un soulagement notable, mais momentané. Pour combattre le trismus on massa les muscles masséters, temporaux et ceux de la déglutition ; on y appliqua des plaques d'acier aimanté qu'on laissa à demeure pendant deux jours ; un vésicatoire fut mis à la nuque. Des fomentations furent faites sur la région de l'estomac et du cœur avec une décoction de tête de pavot et six grains de tartre stibié. Tous ces moyens ne produisirent aucun effet ; on remarqua seulement quelques nausées. On nourrit avec les lavemens de bouillon.

Tout ceci eut lieu pendant les cinquième et sixième semaines ; quelques changemens survinrent dans le cours de la septième. La malade n'entendit plus aussi distinctement ce qui se faisait autour d'elle ; les membres commencèrent à garder, quoique faiblement, les positions qui leur étaient données ; puis au bout de quelques jours la catalepsie fut complète. L'état suivant se présenta : immobilité générale du corps ; les extrémités supérieures et inférieures, la tête et le tronc prennent toutes les positions qu'on veut leur donner et les conservent, même les plus difficiles, jusqu'à ce qu'on les en fasse changer. Cependant le trismus, qui est beaucoup moindre, n'a pas complètement disparu. Perte totale du sentiment et du mouvement ; suspension des fonctions de *tous* les sens et de celles de l'entendement ; paupières supérieures toujours abaissées et néanmoins clignotantes ; yeux tournés en haut ; visage naturel, parfois cependant tiraillemens de la commissure gauche des lèvres ; du reste, physionomie calme, température de la peau variable, passant quelquefois d'un degré de chaleur assez marqué à un froid glacial ; pouls tantôt

plus, tantôt moins fréquent que dans l'état naturel; respiration rare et presqu'insensible par momens.

Cette catalepsie affecta d'abord, pendant quelques jours, une périodicité bien exacte. Elle commençait à quatre heures du soir et durait jusqu'à dix heures et demie; le reste du temps se passait dans des angoisses d'estomac qu'augmentaient singulièrement les bouillons, les gêlées de viandes, les fécules, le lait qu'on faisait passer, quoique en très-petites quantités.

Le 14 janvier, on jugea mademoiselle de *** en état d'être transportée à l'hôtel de ses parens, où elle désirait beaucoup aller. Elle se trouva bien de la voiture et demanda à être promenée ainsi, aussitôt qu'on le jugerait à propos. Néanmoins, la catalepsie revint le soir à quatre heures, comme les autres jours, et dura le même temps. On tenta de l'interrompre par plusieurs moyens: le chatouillement sous la plante des pieds, la percussion par différens stimulans extérieurs, les aspersions et les lotions d'eau froide sur le visage rappelaient un peu la connaissance et diminuaient légèrement la roideur cataleptique. Alors les douleurs d'estomac étaient plus vives, un sentiment de suffocation s'y joignait, puis le spasme reparaissait aussitôt qu'on cessait l'emploi des moyens perturbateurs. Toujours les attaques étaient plus longues, lorsqu'on avait cherché à les interrompre, et le réveil plus pénible que lorsqu'il se faisait naturellement.

La malade désira fortement avoir un vésicatoire au bras. On lui en mit un pour la satisfaire: la catalepsie n'en devint pas moins presque habituelle. On essaya des promenades en voiture: elles ne procurèrent qu'un mieux peu sensible et très-momentané.

On arriva ainsi à la neuvième semaine. A peine trou-

vait-on le temps de faire prendre quelques gouttes de bouillon, et encore elles augmentaient les douleurs d'estomac et ramenaient aussitôt la catalepsie.

Pendant cet intervalle on employa le magistère de bismuth parfaitement porphyrisé, à la dose de 8 grains, uni d'abord au sirop de gomme, puis à la poudre de charbon de bois léger. Au bout de deux jours on abandonna ce moyen : il était sans effet. La périodicité des accès conduisit à essayer du quinquina. D'abord il fut donné en sirop, et parut avoir quelque avantage. On passa au sulfate de quinine; six grains pris en trois doses, causèrent de l'irritation à l'estomac ; alors on l'administra en lavemens et en frictions. On n'en obtint rien.

Le 27 janvier, à six heures du soir, pendant la catalepsie, il y eut des mouvemens convulsifs : les bras sortirent brusquement hors du lit; la figure exprima la douleur; les yeux s'ouvrirent entièrement, et se dirigèrent convulsivement vers la voûte de l'orbite. La mâchoire s'abaissait et s'élevait alternativement, il y avait écume à la bouche; la commissure gauche des lèvres était violemment tiraillée. Ensuite, la malade se mit à chanter pendant une minute à-peu-près, puis recommença au bout d'une demi-heure. Pendant la nuit, l'agitation choréiforme de la tête revint, et, pour la première fois, il y eut des mouvemens naturels très-marqués durant le spasme.

Les 28 et 29 janvier, à la même heure, les mêmes phénomènes se représentèrent.

Les jours suivans, il se manifesta une sorte de somnambulisme. Mademoiselle de *** chanta plusieurs airs connus, parla, fit des mouvemens pendant sa catalepsie, dont les accès furent moins longs; et lorsqu'elle en était

sortie, elle ne conservait, pas plus que les jours précédens, aucun souvenir de ce qui s'était passé. Elle se plaignait davantage de ses douleurs d'estomac, ce qui détermina l'application de deux vésicatoires de chaque côté des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, et d'un emplâtre de pommade stibiée sur l'épigastre, le 1er février. Celle-ci, quoiqu'en couche fort mince, occasiona de vives douleurs, des convulsions et des cris.

(Du 2 au 15 février.) L'éruption produite à l'épigastre par la pommade stibiée fut accompagnée pendant huit jours d'un sentiment de cuisson et de picotemens insupportables, malgré les lotions faites avec une décoction de racine de guimauve et de tête de pavot. La catalepsie toujours annoncée par les mêmes angoisses et un sentiment d'étouffement, revint régulièrement à la même heure tous les soirs, pour durer la nuit entière, sauf quelques légères interruptions et quelques mouvemens. Pendant le jour, elle alternait avec des douleurs dans les membres, et plus particulièrement dans la poitrine. L'affaissement, l'anéantissement, le découragement, furent à leur comble. La malade ne prononçait que quelques mots à peine intelligibles, et d'une voix presque éteinte; elle était d'une indifférence désespérante pour les alimens et les boissons, prenant en vingt-quatre heures à peine six onces de liquide; se trouvant mal aussitôt qu'on lui imprimait le moindre mouvement ou qu'elle entendait un bruit un peu fort. Quelquefois pendant son spasme, elle fut tout-à-coup assaillie de frayeurs imaginaires qui lui faisaient jeter des cris et appeler du secours. Dans le même temps, pendant trois jours, il y eut une roideur marquée de tout le côté gauche, existant aussi à droite, mais à un moindre degré.

A cet état en succéda un autre, qui était un calme parfait plutôt que de l'affaissement. Le pouls s'était relevé et n'était plus qu'un peu faible.

A dater du 15 février, la catalepsie eut pour symptôme précurseur, non plus des angoisses, mais un sentiment de froid universel très-grand ; et cependant la chaleur était naturelle au toucher ; les accès furent plus longs. Dans leurs intervalles, mêmes douleurs ; même roideur des muscles, toujours plus sensible à gauche ; mêmes symptômes, enfin, que précédemment.

16 février. Depuis long-temps il n'y avait pas eu de garde-robes, malgré les lavemens de bouillon qui étaient fréquemment administrés, trois ou quatre par jour. Dans la nuit du 16 au 17, pendant la catalepsie, une déjection alvine de matières abondantes et de consistance ordinaire eut lieu. Elle fut accompagnée de cris, sans efforts apparens de défécation, et suivie de tremblemens, qui de la tête gagnèrent les membres supérieurs et durèrent plus d'un quart-d'heure.

Du 19 février au 10 mars, la catalepsie gagnant progressivement, devint presque continue et si complète, que la malade, soulevée de son lit de manière à ce que le tronc formât avec le plan horizontal un angle de 40°, gardait cette position, ainsi que toutes les autres intermédiaires, dans un équilibre parfait, à-peu-près comme le ferait un mannequin à ressort ; elle était comme une cire molle qui prend toutes les figures que l'on veut, et s'en tient éternellement à la dernière. Cependant, hors de cet état, sa faiblesse était extrême. Dans le cours de l'attaque elle exécutait quelques mouvemens, jetait quelques cris ; ses pieds étaient alternativement très-froids et très-chauds, néanmoins elle paraissait être

incommodée par la chaleur, car elle cherchait continuellement à se débarrasser de ses couvertures; et en se réveillant son premier mot était toujours : j'ai chaud, j'étouffe. La difficulté de nourrir avait amené l'amaigrissement au dernier point; le pouls était faible. Il y eut des nausées et même des vomissemens; quelques gouttes de sang coulèrent du nez.

On faisait prendre par la bouche, comme on le pouvait, quelques gouttes d'un liquide nourrissant : les lavemens de bouillon étaient encore la plus grande partie de la nourriture. Les médicamens internes se bornèrent au sirop de quinquina, qu'on avait suspendu pendant quelque temps; on l'administrait par cuillerées : il sembla soulager les douleurs épigastriques. Bientôt on lui associa, comme tonique fixe, la poudre de charbon porphyrisée. De nouvelles frictions de sulfate de quinine, à la dose de vingt grains, dissous dans de la salive, furent faites sur le ventre pendant quelques jours, mais sans soulagement, quoiqu'elles fussent aidées par des cataplasmes saupoudrés de quinquina en poudre et appliqués sur la poitrine.

Comme depuis dix-neuf jours il n'y avait point eu d'évacuations alvines, on donna un lavement avec la pulpe de casse : il n'eut aucun effet; on en donna un second. Presqu'immédiatement alors, la malade éprouva de violentes crispations, et, deux heures après, dans une agitation convulsive, elle rendit des féces de couleur grisâtre, moulés, volumineux et abondans. Elle resta pendant vingt minutes dans ces convulsions, assez violentes pour qu'elle se fût jetée hors de son lit, si on ne l'eût retenue; après quoi elle retomba en catalepsie et y demeura tout le jour dans une immobilité parfaite.

Au commencement de la nuit, nouvelle attaque de nerfs presque aussi violente, accompagnée de cris et d'étouffemens; la catalepsie survint et le calme fut rétabli.

Bientôt on s'aperçut d'une certaine dissimulation de la part de la malade; elle se servait assez librement de ses mains, lorsqu'elle croyait ne pas être vue, et aussitôt qu'on approchait de son lit, elle retombait dans une catalepsie parfaite. MM. Récamier et Laennec ont constaté plus d'une fois la vérité de cet état, qu'on aurait pu croire simulé. Du reste, ce retour du caractère primitif de la jeune personne, dans lequel nous avons remarqué beaucoup d'espièglerie, annonçait un changement prochain dans son état physique; car, à partir du 10 mars, la cataplesie fut de moins en moins profonde, et laissa de plus longs intervalles.

Voyant que le spasme était moins complet, puisque par instans la malade entendait ce qu'on lui disait, souriait même, on crut, sans qu'on pût en soupçonner aucun motif, qu'elle se complaisait dans cet état. On tenta donc de nouvelles affusions froides sur le visage. Elles firent sur-le-champ cesser le spasme et la roideur particulière qui l'accompagnait; la malade cria, s'impatienta, s'agita beaucoup, finit enfin par accorder ce qu'on voulait d'elle, montrer sa langue; puis retomba aussitôt après l'affusion. Toutes les fois qu'on réitéra ce moyen, on eut le même effet. Les attaques étaient plus longues, et accompagnées de fièvre : on l'abandonna. On n'en obtint pas davantage de l'impression de l'air frais.

Un jour, le 13 mars, qu'elle était dans une immobilité cataleptique complète, un orgue qui se fit entendre dans la rue l'en tira subitement. Elle porta avec vivacité

ses mains à ses oreilles en s'agitant, et criant avec volubilité : *la musique ! la musique ! oh, que c'est beau la musique !* Il est bon de remarquer qu'elle n'avait jamais témoigné pour cet art là un goût bien marqué. Les airs gais seuls semblaient lui faire plaisir ; s'ils devenaient langoureux, elle ne paraissait plus les entendre, et retombait à l'instant. On a cherché à tirer parti de cette circonstance ; mais on n'a pu obtenir par ce moyen aucune autre marque de sensibilité.

Au bout de quelques jours, la fièvre disparut presque complètement : la malade reprit sa bonne humeur. Elle éprouvait le besoin de prendre des alimens, et elle en prenait même pendant son spasme ; ils consistaient en confitures, en gelées, en bouillons. Elle eut la fantaisie de manger du beurre frais, et pendant plusieurs jours elle en avala un quart de livre par jour, dans l'intention, disait-elle, de faire disparaître les envies de vomir qu'elle éprouvait.

Elle commença vers ce temps à se plaindre beaucoup de la soif, et d'une sensation pénible de chaleur intérieure. Les urines devinrent abondantes ; leur émission était difficile et douloureuse. Le 18 mars, il y eut trois garde-robes successives de matières solides, verdâtres, très-abondantes, qui furent précédées et accompagnées d'angoisses et de douleurs.

La catalepsie devenait de plus en plus légère ; car pendant cet état la malade entendait ce qu'on lui disait, souriait, montrait sa langue quand on la lui demandait. Il n'existait, à proprement parler, qu'une semi-catalepsie, caractérisée seulement par une très-légère roideur des membres, et leur faculté de conserver, avec une

immobilité parfaite, toutes les attitudes qui leur étaient données : ce qui évidemment ne pouvait être volontaire de la part de la malade, vu sa très-grande faiblesse. Chose remarquable ! cet état revenait tous les jours à des heures réglées et parfaitement fixes. Il cessait le matin à huit heures et demie, revenait ensuite de midi et demi à trois heures et demie, de quatre heures et demie à six heures trois quarts; de sept heures trois quarts à dix heures trois quarts, enfin, de onze heures trois quarts à huit heures et demie du matin. Tout cela à la minute, sans que la malade eût aucune connaissance de l'heure et pût s'y prêter.

Cette périodicité dura ainsi, sans se démentir une seule fois, jusqu'au 30 mars. En sortant de ce mauvais sommeil, c'est le nom que lui donnait la malade, elle se plaignait de mal-aise, d'étouffement, demandait à respirer le grand air. De tous les intervalles des accès, c'était celui du matin où elle se trouvait le mieux et prenait le plus volontiers des alimens, et surtout des boissons; car elle était tourmentée par une soif presque inextinguible. La quantité des urines avait beaucoup augmenté (1) : elle était de plus de deux litres par jour; tandis que celle des boissons n'en faisait pas un, à beaucoup près. Celles qui étaient rendues pendant le spasme avaient une couleur naturelle; hors de là, elles étaient légères, transparentes et incolores comme de l'eau. Le pouls était devenu serré, et avait pris le caractère ner-

(1) L'analyse en a été faite avec soin par M. Caventou, pharmacien, qui n'y a point trouvé les caractères chimiques des urines des diabétiques. La proportion d'urée était seulement plus forte que celle des urines ordinaires.

yeux. Du reste, l'amaigrissement diminuait sensiblement; la gaîté revenait; enfin la malade commençait à parler, à voix basse il est vrai. Néanmoins il y avait tous les soirs un léger mouvement fébrile, avec de l'agitation et des douleurs vagues.

Du 22 au 30 mars il y eut toutes les nuits, à la même heure, une garde-robe solide, annoncée ordinairement par des coliques assez vives. Le 24, quelques gouttes de sang coulèrent du nez. Du reste, la catalepsie allait toujours en s'affaiblissant, et n'était même presque plus marquée : le flux d'urine commençait aussi à diminuer.

Le 30, l'état nerveux sembla augmenter un peu, et il s'y joignit une fièvre précédée d'un mal-aise qui commençait à midi, et allait en croissant toute la nuit jusqu'à quatre heures du matin. Les urines redevinrent aussi abondantes que précédemment; la soif se fit sentir plus vivement; il y eut des bâillemens continuels, et, la nuit surtout, des douleurs vagues et intérieures arrachaient des cris à la malade.

Le 1er. avril, la journée fut plus mauvaise encore que celle de la veille : douleurs abdominales toujours croissantes, agitation, cris, anxiété extrême; et enfin abondantes évacuations alvines liquides, qui commencèrent à neuf heures du soir, en même temps que des vomissemens de matières glaireuses. Ces évacuations par haut et par bas eurent lieu presque sans relâche jusqu'à une heure du matin : alors tout parut se calmer. La catalepsie survint : à quatre heures il y eut encore une selle plus consistante, et presque sans douleur. Le spasme fut à peine interrompu, et dura jusqu'à huit heures du matin. En en sortant, la malade se trouva dans un état de calme et de bien-être très-marqué; au

bout de quelques instans elle sentit le besoin de se reposer, et goûta pour la première fois, pendant une heure, un véritable sommeil.

Le 2 avril. Cette journée fut assez bonne, le spasme ne revint pas à midi comme de coutume. Le flux d'urine commença à diminuer sensiblement; des douleurs se faisaient toujours sentir dans le ventre. Plusieurs lavemens, avec la décoction de tête de pavot furent administrés; l'eau de pavot sucrée fut donnée pour boisson; un cataplasme émollient mis sur le ventre.

A cette époque, les alimens n'étaient encore que du lait d'ânesse, des œufs au lait, du bouillon, un peu de blanc de poulet rôti, etc.

Les jours suivans il y eut beaucoup de bâillemens. Retour de la catalepsie, qui peu-à-peu se confondit avec un sommeil naturel, mais toujours accompagné de fièvre, d'une légère agitation, et parfois d'angoisses précordiales. Chaque matin, à la même heure, trois gardes-robes successives. Du reste l'amaigrissement disparaissait à vue d'œil; la gaîté et les forces renaissaient.

Le 11, cet état persistait. On donne un bain tiède, qui ne produisit pas un bon effet. Les douleurs sous-sternales, qui avaient presque cessé, revinrent, et pendant quelques jours il resta une grande disposition aux lipothymies. Le 21, tous ces accidens avaient disparu; la malade ne pouvait pas encore marcher, mais elle commençait à supporter la voiture. Bientôt elle fut en pleine convalescence, et elle partit le 4 mai pour retourner en province. Les règles n'avaient pas reparu.

Réflexions.

Cette observation n'offre pas le merveilleux de celles qui sont consignées dans l'ouvrage de Petetin, sur l'électri-

cité animale. La malade dont il est ici question n'a point vu, senti, entendu, goûté, avec son estomac; elle n'a point prédit l'avenir, répondu à des questions mentales, lu des lettres cachetées, reconnu, sans les voir ni les entendre, des personnes placées dans sa chambre, ou même dans un appartement voisin : rien d'aussi extraordinaire n'a eu lieu.

Mais le fait, tel qu'il a été observé, n'en a pas moins un haut degré d'intérêt, et peut fournir au médecin matière à d'utiles réflexions.

Ce qui frappe d'abord dans l'histoire de cette madie, c'est cette étonnante facilité avec laquelle un symptôme succède à un autre et le remplace. En effet, nous voyons au début une fièvre simple, et avant elle une nostalgie et une constipation opiniâtre. A la fièvre succède une chorée, puis un trismus, puis une anestésie, une catalepsie, etc. A travers tout cela surviennent des accidens nerveux variés, des convulsions, des chants, des appétits bizarres, des douleurs vagues; et enfin nous observons comme crise, un flux extraordinaire d'urine, et d'abondantes évacuations alvines. Une telle variété de phénomènes, et leur succession rapide, doit éloigner toute idée de localiser chacun d'eux en particulier, et de le rattacher à une lésion organique spéciale. Il faut donc reconnaître pour tous une cause identique et commune, et aller à sa recherche en étudiant particulièrement le symptôme qui a formé le caractère le plus saillant de la maladie, et nous arrêter à la catalepsie, puisqu'elle en a été le trait principal.

Celle-ci, connue depuis fort long-temps, désignée par les anciens observateurs, sous les noms de *catoche*, *catochus*, *congelatio*, *catalepsis*, *contemplatio*, *depre-*

hensio, etc., a, dès la plus haute antiquité, fixé l'attention des médecins par la singularité de ses phénomènes. Cependant son étude n'en est pas plus avancée, et en général les hypothèses auxquelles elle a donné naissance n'ont pas été heureuses. Cœlius Aurelianus lui trouva beaucoup de rapport avec les fièvres intermittentes; Ætius l'attribua à l'atrabile; d'autres à une température froide et sèche de la partie postérieure du cerveau; Rondelet, à un afflux considérable du sang vers la tête, et à la distension occasionée par ce liquide dans les artères et les veines du cerveau. Godf. Steeghins la regarda comme une contraction de tous les muscles. Herculus Saxonia en donna une idée assez exacte, en la définissant un mélange de convulsion et de paralysie, et crut l'expliquer par l'existence d'une vapeur extraordinaire dans la substance des nerfs, et dans la membrane dont ils sont revêtus. Cullen n'y a vu qu'une sorte d'apoplexie; Hoffmann, une congélation du fluide nerveux; d'autres observateurs, une concentration des esprits animaux; et toutes ces théories, loin d'expliquer le fait, n'ont eu, pour la plupart, d'autre résultat que d'ajouter leur obscurité à celle qu'elles voulaient éclaircir. Dans ces derniers temps, Petetin a semblé offrir quelque chose de plus satisfaisant, en faisant intervenir une électricité animale; mais encore, en partant de ce principe, on ne trouve pas à se rendre compte de tous les phénomènes et on ne peut admettre avec l'auteur que je viens de citer, qu'ils dépendent d'un spasme des membranes du cerveau, et de l'arrêt du sang dans les vaisseaux qui sont en contact avec les nerfs, et qui, en les comprimant, gênent la circulation du fluide électrique animal; fluide dont nous sommes loin, au reste, de contester l'existence.

L'anatomie pathologique ne nous en apprend pas davantage. Henr. Ab. Heer, rapporte avoir vu dans un homme mélancolique mort de catalepsie, le cerveau desséché, friable, de couleur jaune citron jusqu'à l'épaisseur d'un doigt, dans sa partie supérieure, plus mou, et d'une couleur jaune moins prononcée à sa base et vers les ventricules. L'origine des nerfs était plus sèche et plus friable que dans l'état naturel. Bonnet dit avoir trouvé dans des cas semblables les veines de la partie postérieure de la tête et les sinus gorgés d'un sang noir, et la partie postérieure du cerveau baignée de sérosité; puis, dans une autre autopsie, il ajoute : *Medulla cerebri, quæ mollior et friabilis esse debet, siccior : membrana siccissima.* Mais d'abord, il n'est pas aisé de constater en lisant les observations rapportées par Henr. Ab. Heer et Bonnet, si les malades qui en font le sujet étaient simplement cataleptiques; et en second lieu, pourquoi ne retrouve-t-on pas les mêmes désordres chez tous les sujets morts après avoir présenté des symptômes de catalepsie? Pourquoi les trouve-t-on fréquemment sans qu'il y ait eu catalepsie? Pourquoi, si c'est une lésion organique locale qui la produit, la voit-on alterner avec d'autres symptômes tout différens? Pourquoi n'est-elle pas continue, et revient-elle souvent avec une périodicité admirable? Pourquoi enfin disparaît-elle le plus ordinairement, et sans laisser aucune trace après elle? et l'on sait que les lésions cérébrales portées au degré indiqué par les observateurs que nous avons cités, ont très-rarement une terminaison heureuse.

Il faut donc convenir que la science est fort peu éclairée sur ce point, comme sur la plupart des affections dites nerveuses. Toutefois, ce n'est que par l'ob-

servation et l'étude raisonnée des faits, qu'elle peut acquérir quelques lumières; et c'est en essayant de déterminer le point de départ d'une maladie, que nous parviendrons quelquefois à en connaître la nature, ou au moins que nous approcherons le plus près de ce but, vers lequel doivent tendre tous nos efforts. Or, en procédant par cette voie d'investigation, en cherchant quel est le symptôme qui a précédé tous les autres, et ouvert en quelque sorte leur marche, nous sommes singulièrement frappés de la préexistence de la constipation et des douleurs épigastriques, de leur ténacité et de leur durée constante pendant tout le cours de la maladie, malgré les variations des autres phénomènes. En effet, nous voyons notre jeune malade, pendant toute son enfance, se développer avec facilité et jouir du libre exercice de toutes ses fonctions: il n'y a que l'appareil digestif qui présente quelques légers troubles. Arrivée à Paris, soumise à l'influence de diverses affections morales dépendantes de son éloignement de ses parens, son changement d'habitude, et un nouveau genre de vie, dont les commencemens sont toujours pénibles pour l'enfant qui n'a connu chez lui que le plaisir et le bonheur; elle est atteinte d'une fièvre, pendant laquelle une constipation opiniâtre est le symptôme dominant. Celle-là passe, et l'autre résiste aux moyens employés pour la combattre; ou si elle a cédé, elle reparaît bientôt pour servir en quelque sorte de pilier aux différens symptômes nerveux qui viennent se grouper autour elle. Ceux-ci ont beau varier, elle reste constante. On pouvait raisonnablement attendre, à cet âge là surtout, quelque effort de la part du système utérin pour rétablir la santé; et on était fortifié dans cette pensée, en voyant que les

règles, après avoir paru trois fois, s'étaient supprimées, et qu'à deux reprises différentes, au milieu des accidens nerveux, quelques gouttes de sang avaient coulé du nez; mais non, c'est un autre appareil d'organes qui fournit la crise, et d'abondantes évacuations alvines accompagnées d'un flux d'urine salutaire et d'un nouveau mouvement fébrile, viennent nous annoncer la convalescence. Il y a donc ici un rapport bien évident et bien constant entre l'état du ventre et les autres symptômes. Maintenant à quelle cause attribuerons-nous cette constipation et ces angoisses épigastriques? Sera-ce à une phlegmasie de la membrane muqueuse des premières voies? Nous pensons qu'il est plus rationnel de les rapporter à un état particulier du système nerveux ganglionaire qui, dans ce cas-ci comme dans beaucoup d'autres, a agi par voie de sympathie sur le système nerveux général, et sous ce point de vue nous rapprocherons le groupe de symptômes que nous avons observés, de l'angine de poitrine dont plusieurs auteurs très-recommandables ont placé le siége dans les plexus cardiaques et pulmonaires; des coliques nerveuses, et de celle dite des peintres, que nous regardons avec De Haën et Vantroostwyk, au moins à son début, comme une affection du système nerveux de l'abdomen. Pourquoi cet ensemble d'organes qui a une existence et des fonctions bien positives, n'aurait-il pas aussi ses maladies, et ne participerait-il pas au *consensus* général des fonctions de l'être vivant? Ses sympathies ne nous sont-elles pas démontrées dans l'angine de poitrine, où nous voyons les douleurs sous-sternales qui sont le symptôme pathognomonique de cette maladie, amener des douleurs, des fourmillemens, des engourdissemens dans les bras et le

tronc. Il est vrai qu'ici nous pouvons les expliquer le scalpel à la main. Mais, quoiqu'il ne nous soit pas si facile de nous en rendre compte dans le cas qui nous occupe, pouvons-nous les contester, si nous observons les accidens nerveux fort considérables qui surviennent dès le début pendant l'emploi des moyens propres à faire cesser la constipation, et ceux qui, plus tard, accompagnent ces évacuations alvines qui doivent rétablir le calme, et qui cependant n'ont lieu qu'au milieu des douleurs, des cris, des convulsions, et enfin d'un désordre général. *Plura quæ caput nostrum superant, contemnenda non sunt....*, etc. (Baglivi.) Il faut donc admettre que le système nerveux ganglionnaire peut réagir sur le système nerveux général, et qu'il y a entre eux un équilibre d'action qui, lorsqu'il a été détruit, ne se rétablit que par de grandes secousses, dont le dernier résultat doit être l'harmonie des fonctions, mais dont les effets immédiats peuvent être funestes.

En résumé, nous pensons que dans bien des maladies les nerfs de la vie organique sont primitivement affectés; et sans rien préjuger sur le genre de lésion qu'ils ont éprouvé, nous croyons que, dans ce cas en particulier, ils ont été le point de départ des symptômes qu'a fournis le système nerveux général. Quant à la cause prochaine de ces derniers, nous avouons qu'elle nous est complètement inconnue.

Telles sont les réflexions que nous avons cru devoir présenter à la suite de l'histoire d'une maladie qui aura toujours le droit d'intéresser les lecteurs par sa rareté et par le bizarre assemblage des phénomènes qui l'ont accompagnée.

ESSAI

Sur la Coloration rouge des organes, considérée comme caractère anatomique de l'inflammation;

Par A. Boulland. (2e. Article.)

2°. Tâchons maintenant d'apprécier les causes qui peuvent produire, après la mort, une coloration rouge uniforme. Aussitôt que les organes ont cessé leurs fonctions, les lois vitales ne s'exercent plus dans le cadavre, qui se trouve soumis à l'empire des lois physiques, régissant tous les corps inertes; alors tel organe n'est pas plus apte que tel autre à recevoir, à contenir tel ou tel liquide; ces derniers sont soumis à l'influence de la pesanteur qui les précipite à travers les nombreuses anastomoses du système vasculaire et les porosités des tissus dans les organes les plus déclives. La position du cadavre au moment du refroidissement influera donc beaucoup sur le siége de ce phénomène. Aussi voyons-nous que nos cadavres, toujours placés sur le dos, présentent ces colorations à la peau qui recouvre la partie postérieure de la tête et du tronc, à la partie postérieure des poumons. Ici la lividité de ces colorations violacées est déjà un signe à l'aide duquel on peut les reconnaître; le gonflement ne les accompagne pas, non plus, au moins pour les organes qui ne sont pas aussi facilement perméables que le poumon. De plus, le tissu trempé dans l'eau laisse bientôt en solution dans ce liquide le sang dont il était imprégné, et reprend ses propriétés physiques normales. On a insisté sur cette infiltration méca-

nique du sang, comme se produisant aussi dans le canal intestinal; mais il faut bien remarquer qu'une très-petite portion de ces organes occupe la partie postérieure du tronc, que le reste est placé en sens inverse de la direction, que le sang pourrait prendre en suivant le trajet des vaisseaux qui s'y rendent; que d'ailleurs ces organes ne sont pas gorgés de sang comme les poumons, au moment de la mort, et que la masse de liquide doit certainement influer sur la production de ce phénomène. Nous croyons donc que cette cause de coloration doit peu influer sur le canal intestinal; et si quelque partie lui est soumise, ce n'est que la portion qui se trouve située à la partie postérieure de la cavité abdominale, et surtout celle de l'intestin grêle qui plonge dans le petit bassin. Quoi qu'il en soit, la position du cadavre, l'absence des autres caractères anatomiques de l'inflammation, et ce que nous avons indiqué tout-à-l'heure comme propre à cette altération cadavérique, devront aider à la faire reconnaître.

Nous venons de dire qu'après la mort tel ou tel organe n'était pas plus apte à contenir tel ou tel liquide; et comme tous les tissus sont composés de vacuoles et présentent un grand nombre de porosités, les liquides s'y infiltrent, colorent le tissu de l'organe qui les contient, et même ceux environnans. C'est ainsi que la matière colorante du sang passe à travers les parois des vaisseaux et forme à la surface des organes où ils se ramifient, des lignes de couleur diffuse, souvent assez larges et étendues, dirigées suivant les trajets vasculaires. La peau, les membranes muqueuse et séreuse intestinales présentent souvent ce phénomène, facile à apprécier, et surtout dans ces dernières, où ces lignes se dessinent

dans la même direction, des deux côtés du canal alimentaire. Ces lignes colorées ne sont d'ailleurs jamais d'un rouge vif, elles ont une teinte brunâtre.

La membrane interne du cœur et de tout le système vasculaire présente souvent une coloration rouge uniforme très-intense, qui varie depuis le rouge écarlate le plus vif jusqu'au violet foncé. Cette membrane ressemble beaucoup alors, ainsi qu'on l'a dit, à un morceau de parchemin trempé dans une solution de matière colorante rouge; on n'y remarque ni arborisations vasculaires, ni taches irrégulières; souvent cette couleur s'arrête brusquement dans des espaces plus ou moins grands, en laissant à la membrane sa coloration naturelle, et pour reparaître un peu plus loin. La cause de ce phénomène est sans doute assez difficile à apprécier, et M. le professeur Laennec, dans son auscultation, avoue lui-même le doute dans lequel il se trouve à cet égard; il pense qu'on pourrait peut-être l'attribuer à un état morbide, parce que M. le professeur Récamier l'a pronostiqué une fois. Mais j'ai recueilli moi-même, dans le service de M. Récamier, à l'Hôtel-Dieu, une observation sur un individu atteint de maladie du cœur, et à l'autopsie duquel on trouva la membrane interne de tout le système vasculaire colorée en rouge; cependant aucun symptôme ne l'avait fait soupçonner, et le pouls avait été d'une lenteur remarquable pendant la maladie. M. Laennec pense aussi que ce phénomène peut dépendre de la congestion qui se fait dans les organes pendant une longue agonie; mais d'abord les congestions agoniques sont toujours accompagnées d'injection, et aucune arborisation n'accompagne la coloration dont nous parlons, non-seulement dans la membrane

interne où elle a son siége, mais encore dans les deux autres membranes externes ; en second lieu, il nous paraît assez difficile que les congestions agoniques déterminent une couleur uniforme dans un tissu aussi peu pourvu de vaisseaux que la membrane interne des artères, où les injections artificielles les plus fines n'en ont pu démontrer. Que si l'on veut considérer ce phénomène comme une trace d'inflammation, nous répéterons ici ce que nous avons déjà dit plus haut, qu'une coloration aussi intense ne peut, dans ce cas, ne pas être accompagnée d'augmentation de volume ; nous avons vu ce dernier caractère coïncider avec une coloration rouge beaucoup moins intense, dans une veine où la compression déterminée par une artère ossifiée avait amené une inflammation et une oblitération par un caillot fibrineux ; la portion de membrane était épaissie ; la surface de la plaque rouge était irrégulière, chagrinée ; ce qui ne se rencontre jamais avec la teinte que nous étudions, la membrane conservant son aspect lisse ; il est d'ailleurs très-difficile de déterminer, par l'inflammation, la rougeur de la tunique interne des artères ; nous l'avons constatée dans une autre occasion. Il se présente sans doute naturellement à l'esprit d'attribuer cette espèce de teinture à la présence d'un liquide aussi coloré que l'est le sang ; mais alors comment s'opéreraient ces interruptions brusques d'espace en espace de cette coloration ? On pourrait peut-être les rapporter au contact d'un caillot fibrineux qui empêcherait l'action immédiate de la matière colorante du sang. Enfin, pourquoi cette rougeur ne se trouverait-elle pas dans tous les cadavres ? Cela dépendrait-il de la plus ou moins grande durée de la fluidité du sang, d'une altération particulière de ce liquide ? Quoi qu'il en

soit de la cause qui produit ce phénomène, nous ne croyons pas pouvoir, d'après les raisons que nous venons de déduire, le regarder comme un effet de l'inflammation (1).

Le voisinage d'un organe fortement coloré peut aussi, par l'effet de la transsudation cadavérique, communiquer aux parties environnantes une coloration étrangère, quelquefois très-foncée; ce fait se remarque souvent sur l'estomac et le péritoine dans les points où ils sont en contact avec le foie, la rate; la bile transsudant à travers les parois de la vésicule biliaire, colore de même les parties qui entourent cette dernière; ici la teinte n'est jamais d'un rouge vif, mais au contraire brunâtre, et en rapport avec celle de l'organe colorant; de plus, l'organe coloré l'est, ou dans la surface qui se trouve en contact avec celui qui lui communique sa coloration, ou dans toute son épaisseur; et dans ces deux cas, la teinte cesse brusquement où cesse le point de contact des deux organes. Nous croyons donc que la plus simple attention doit suffire pour faire connaître cette cause.

Des émanations gazeuses peuvent aussi altérer la couleur des organes; c'est ainsi que M. Laennec explique la teinte bleuâtre que la substance du foie présente dans une épaisseur de quelques lignes sur plusieurs points de sa périphérie; il la regarde comme un effet du gaz hydrogène sulfuré contenu dans le canal intestinal, et qui passe à travers ses parois.

(1) Ayant demandé récemment à M. le professeur Laennec à quoi il attribuait ce phénomène, il nous dit qu'il dépendait de la fluidité du sang, et que les interruptions venaient du contact des deux parois opposées, qui empêchaient l'impression du liquide.

Récapitulons maintenant, et en peu de mots, les causes qui peuvent donner lieu à la coloration rouge uniforme qu'on trouve dans les organes à l'autopsie. Nous allons commencer par celles qui sont étrangères à l'inflammation, et nous indiquerons, à chacune d'elles, les caractères qui peuvent aider à les en faire distinguer.

1°. *Congestions hémorrhagiques.* Cessation brusque de la rougeur; présence du sang en petits caillots, et sorte d'imbibition des tissus; défaut de rapport entre l'augmentation de volume du tissu, les colorations propres à l'inflammation, et l'intensité de la rougeur ainsi que la quantité de sang épanché.

2°. *Congestions agoniques.* Agonie longue, et surtout celles terminant les maladies du cœur; injection veineuse très-marquée; facilité à disparaître par le lavage; défaut de gonflement; extension aux tissus et organes voisins.

3°. *Hypertrophie.* Coïncidence avec l'augmentation de volume, de densité et de *cohésion* de l'organe.

4°. *Pesanteur des liquides après la mort.* Siége aux parties les plus déclives; grande facilité à disparaître par le lavage: absence d'augmentation de volume.

5°. *Transsudation cadavérique.* Coloration brunâtre sur le trajet des vaisseaux, aux points de contact avec un organe fortement coloré; cessation brusque où finit le point de contact.

6°. *Rougeur du système vasculaire.* Absence d'injection, de taches irrégulières, d'augmentation de volume; fluidité du sang.

7°. *Inflammation.* Teinte se fondant sur les bords; difficulté à disparaître par le lavage; coïncidence avec

l'augmentation de volume, de densité, la diminution de cohésion, les taches rouges, les autres colorations inflammatoires, la présence de produits anormaux.

Concluons donc que de nombreuses causes peuvent amener la coloration rouge uniforme des organes; que lorsqu'elle existe *seule*, il est plus que probable qu'elle n'a pas été produite par une inflammation, et qu'alors on doit apporter une attention plus scrupuleuse dans l'appréciation des autres causes qui ont pu lui donner lieu.

§. II. *Coloration rouge par injection.* — Les organes peuvent présenter des stries arborisées, indices de la présence du sang dans les petites ramifications vasculaires. Ces stries sont plus ou moins fines, plus ou moins nombreuses, plus ou moins entrelacées; ici, comme dans l'espèce de coloration que nous venons d'étudier, nous devons trouver diverses causes qui produisent ce phénomène, et afin de les bien fixer, nous allons suivre la même marche que nous avons adoptée pour la première.

1°. *Pendant la vie.* Nous avons déjà vu, en parlant de la coloration uniforme, la gradation de persistance des rougeurs déterminées par l'excitation et l'irritation, et nous avons tâché de l'expliquer par le rapport entre le sang et ses vaisseaux. Les mêmes raisons sont entièrement applicables ici. En effet, dans le cas d'excitation simple, la rougeur uniforme n'a été amenée dans un organe que par l'accélération de la circulation capillaire, et l'abord plus considérable du sang dans les vaisseaux. Ainsi l'excitation physiologique n'ayant pas changé les rapports du sang avec ses vaisseaux, de même que la

rougeur uniforme disparaît dans le cadavre par l'influence des agens physiques, de même aussi l'injection disparaîtra par la dispersion du sang dans les vaisseaux vides environnans. Au contraire, la fluxion par irritation ayant amené des globules sanguins dans des vaisseaux étrangers ordinairement à ce fluide, la rougeur uniforme pourra bien disparaître, n'étant le plus souvent qu'un effet de la transparence des tissus; mais il restera de l'injection, et cette dernière persistera d'autant plus que le désordre aura été plus intense, et que le sang, déjà privé de mouvement circulatoire pendant la vie, sera pour ainsi dire plus étreint par les vaisseaux dans lesquels il aura été poussé. De plus, le sang, encore contenu dans les ramuscules propres à lui, sera disséminé dans les vaisseaux libres des parties environnantes, et l'injection fine qui restera, comme nous venons de le dire, aura ce caractère particulier, qu'elle sera isolée des rameaux qui l'ont produite; elle se présente alors en forme de petits groupes, de stries arborisées très-fines et très-serrées, qu'à cause de cet aspect nous croyons pouvoir appeler *injection groupée*. Il est à remarquer qu'en général l'intensité de l'injection dans l'inflammation est en raison inverse de la quantité des produits anormaux; ce qui se conçoit très-bien, puisque ces produits ne sont autre chose que le sang lui-même, altéré par l'acte inflammatoire, et pour ainsi dire élaboré par les vaisseaux. Il peut donc exister des inflammations sans injection, comme on peut le voir dans ma thèse. Si, d'un autre côté, l'injection groupée existe seule dans un organe, nous croyons, d'après tout ce que nous avons dit, qu'on ne devra y voir qu'un siége de fluxion, et non pas un caractère d'inflammation, cette

dernière apportant encore d'autres altérations physiques dans les tissus.

Nous avons parlé des congestions hémorrhagiques, comme donnant lieu à la rougeur des tissus, et l'injection est un phénomène qui les précède et les accompagne constamment; mais elle offre certainement la plus grande difficulté pour la distinguer de celle produite par l'irritation : si elle est accompagnée de coloration rouge uniforme, les caractères que nous avons indiqués relativement à cette dernière, serviront à faire reconnaître la nature de l'injection; mais si la congestion n'a pas été poussée aussi loin et qu'il n'en reste de trace que l'injection, il sera sans doute très-difficile de distinguer la cause qui l'a produite.

Nous avons dit quelques mots de la congestion qui s'opère dans tous les organes au moment de l'agonie longue qui termine les maladies du cœur. Nous avons fait remarquer, en parlant des causes qui y donnent lieu, que les mouvemens tumultueux du cœur, joints à l'obstacle qui se trouve souvent à l'orifice de l'une de ses cavités, et à l'engorgement que ces causes produisent dans les poumons, rendent très-difficile le retour de la plus grande partie du sang et le font stagner dans la plupart des organes; qu'aussi les poumons, le cerveau, la rate, le canal intestinal, présentent dans ces cas une réplétion très-considérable de leurs vaisseaux sanguins. Les agens physiques, dont nous avons vu l'effet sur les autres colorations, peuvent généralement produire peu d'impression sur celle-ci, et nous allons en voir la raison : lorsqu'une portion seule d'un organe est le siége d'une fluxion, la fluidité du sang, qui se conserve encore quelque temps après la mort, lui permet d'obéir à la

pesanteur et à la diminution de diamètre de ses vaisseaux, déterminée par les agens physiques; alors il peut se répartir dans les vaisseaux voisins, où le liquide n'avait point été accumulé pendant la vie, et qui sont en partie vides après la mort. Mais dans les cas de congestions agoniques tout le système vasculaire périphérique a été également rempli de sang; aucune voie n'est donc ouverte à ce dernier pour disparaître sous les influences que nous venons de noter. Aussi ne trouve-t-on pas ces groupes isolés de ramifications fines, que nous avons vus résulter de l'irritation; tous les rameaux sont également pleins, et nous croyons pouvoir désigner ce caractère par l'expression d'*injection continue.*

Les asphyxies, et en général tous les genres de mort qui entravent brusquement la circulation pulmonaire, donnent lieu à ce genre de coloration. Nous l'avons déjà dit, et nous avons aussi fait remarquer que tous les tissus d'un même organe sont imprégnés de sang; ce qui n'a pas lieu dans l'inflammation, où le plus souvent un seul tissu est affecté. De plus, les colorations et les autres caractères propres à l'inflammation ne se rencontrent pas, et enfin cette injection disparaît assez facilement par le lavage.

2°. *Après la mort.* Les mêmes causes que nous avons vues produire une coloration uniforme violacée, donnent aussi naissance à de l'injection dans les tissus; mais, ainsi que nous l'avons dit, ces effets de la pesanteur ne se remarquent que dans les parties les plus déclives; leur intensité est subordonnée au degré de perméabilité du tissu, et le plus souvent ils sont bornés à la réplétion des plus gros rameaux; enfin, comme dans les congestions agoniques, l'injection est continue, et il suffit

souvent d'une simple incision pour faire écouler le sang qui la forme ; cette injection continue, jointe aux lividités produites par la même cause, la fluidité du sang, son siége aux parties les plus déclives, l'absence des caractères anatomiques de l'inflammation, et la facile disparition par le lavage, peuvent aider à la faire apprécier.

Lorsque la putréfaction commence à se manifester dans un cadavre, des gaz se dégagent, remplissent les cavités, compriment les gros troncs vasculaires et forcent le sang, qui a éprouvé alors un certain degré de liquéfaction, à se répartir dans les rameaux sanguins ; mais cette cause n'est pas assez puissante pour pousser le sang bien loin : les plus gros rameaux sont alors les seuls injectés. Il est d'ailleurs très-rare qu'un cadavre soit ouvert aussi tard, et la plus simple attention pourra faire reconnaître ce phénomène.

Résumons les causes qui donnent lieu à l'injection, et les caractères propres à la faire distinguer.

1°. *Congestions hémorrhagiques.* Aucun caractère propre à l'injection elle-même ; mais la coïncidence avec la coloration uniforme dépendant de cette espèce de congestion, l'absence des caractères anatomiques de l'inflammation, peuvent aider à la reconnaître.

2°. *Congestions agoniques.* Injection continue, extension de la rougeur à tous les tissus d'un même organe et aux parties voisines, absence des signes inflammatoires.

3°. *Pesanteur des liquides* après la mort. Continuité de l'injection, siége aux parties déclives, présence de semblables phénomènes dans les organes voisins, coïnci-

dence avec les lividités cadavériques, facile disparition par l'incision ou le lavage.

4°. *Putréfaction.* Présence de gaz remplissant les cavités, injection grossière, liquéfaction du sang.

5°. *Fluxion.* Injection groupée, lacis fins et serrés isolés des ramifications qui les ont produits.

6°. *Inflammation.* Injection groupée coïncidant avec les autres colorations rouges et les divers changemens dont nous avons déjà parlé.

Nous croyons donc pouvoir dire que lorsque l'injection existe *seule*, elle n'est pas un signe d'inflammation, mais seulement de fluxion ou de congestion ; qu'elle ne sert qu'à confirmer les caractères de la première, lorsqu'elle existe avec eux, et qu'enfin il est d'autres causes qui peuvent lui donner lieu.

§. III. *Coloration rouge par taches.* — Une dernière forme de coloration rouge est celle qui se présente sous l'aspect de petites taches plus ou moins étendues ; la plupart formées elles-mêmes de groupes de petits points rapprochés les uns des autres ; d'autres fois leurs bords sont nets, circonscrits et circulaires, ou bien diffus ; ces taches se rencontrent le plus souvent avec la coloration rouge uniforme, et alors les plans de cette dernière en sont tout parsemés.

En recherchant les causes qui peuvent donner lieu à ce phénomène, on s'aperçoit facilement qu'aucune de celles que nous avons assignées à la production des autres colorations *après la mort*, ne peut amener celle-ci, et les raisons en sont faciles à donner. Ces taches, qui ne présentent dans leur disposition rien d'analogue à l distribution des ramuscules sanguins, consistent en points arrondis, plus ou moins étendus, et sont évidemment

formées par des petites effusions sanguines à travers les parois des vaisseaux. Or une puissance vitale agissant sur le système circulatoire, peut seule amener ces extravasations partielles. Les lois de l'hydraulique peuvent bien, après la mort, agir sur les liquides, ainsi que nous l'avons vu, et accumuler le sang dans les vaisseaux des parties les plus déclives ; mais elles n'ont pas assez de force pour pousser le sang hors de ses vaisseaux, ou, si elles ont ce pouvoir, elles ne sauraient le faire que d'une manière uniforme, et non dans un point plutôt que dans un autre d'une même surface. Nous allons voir, au contraire, que ce dernier effet peut être produit par les causes qui agissent sur les organes pendant leur état de vie.

Nous avons dit, en parlant de la rougeur uniforme, que celle qui était produite par la phlogose des tissus, se réduisait à des taches rouges dans le cadavre ; tâchons de voir comment cela peut se faire. Nous avons déjà dit que lorsqu'une cause irritante agissait sur un organe, son impression ne se faisait jamais ressentir en même temps à la totalité de l'organe; et même dans une certaine étendue de surface elle agit plus fortement sur quelques points isolés : il est sans doute difficile, impossible même, d'en donner l'explication; mais c'est un fait reconnu et que l'observation prouve tous les jours. Si nous appliquons cette irrégularité d'impression de la cause à ses effets, nous trouverons l'explication de leur irrégularité. En effet, l'irritation étant plus forte sur quelques points, la fluxion y sera plus marquée, et l'extravasation du sang s'y fera beaucoup plus tôt ; en outre, la coloration rouge uniforme qui se manifeste pendant la vie dans toute la surface malade, dépendant le plus souvent de la transparence du tissu, elle cesse avec

le mouvement circulatoire, et il ne reste que les taches rouges produites par l'altération organique. Le plus souvent ces taches sont accompagnées de l'injection groupée ; mais comme, pour la plupart des organes membraneux, l'injection n'a lieu que dans le tissu cellulaire qui leur est sous-jacent, il arrive quelquefois que les taches rouges existent seules. Nous avons vu aussi que l'intensité de l'injection était en raison inverse de la quantité des produits ; voilà donc encore une cause de disparition qui agit sur l'injection et n'a pas d'influence sur les taches, que l'absorption seule peut faire disparaître. Est il besoin de dire que plus la phlogose aura été intense, plus les taches seront nombreuses, étendues, et plus le gonflement sera marqué. Ainsi, on voit souvent sur la membrane muqueuse intestinale, des groupes de pointillures rouges, placées sur de petites tuméfactions partielles de la membrane. Ces élevures, autour desquelles souvent le tissu muqueux est sain, sont bien différentes des plis naturels et des follicules gonflés. Dans l'inflammation intense, les taches seront accompagnées de la coloration rouge uniforme, ainsi que des autres colorations des différens caractères propres à cette maladie, et elles seront en rapport direct d'intensité avec eux.

Il est aussi une chose à remarquer relativement à ces taches, c'est qu'elles offrent des modifications dans leurs formes, suivant le tissu qu'elles occupent. En effet, s'il est vrai de dire que les agens qui exaltent l'irritabilité des tissus, y déterminent toujours la fluxion, il est vrai aussi que ces mêmes tissus diffèrent beaucoup dans leur organisation. Le tissu cellulaire forme sans doute la trame de presque tous les organes ; mais il y est diver-

sément disposé, plus ou moins abondant; les vaisseaux sanguins s'y distribuent de diverses manières; en houppes à la langue, en thyrses dans les reins, en étoile dans le foie, etc., etc. On conçoit alors sans peine que des tissus organisés si différemment, présentent aussi des différences dans leurs altérations. Nous avons déjà fait remarquer ce fait ailleurs.

Ainsi, le tissu cellulaire sous-cutané enflammé nous a offert des taches rouges, lenticulaires et diffuses; celles des membranes séreuses et synoviales étaient formées de groupes de points inégaux entre eux; celles des muscles, en stries linéaires; des muqueuses, en nappes de pointillures; mais il n'entre point dans notre plan de spécifier les caractères de la rougeur dans chaque tissu; il nous suffit ici de prouver que ces différences existent, et que leur connaissance peut aider à faire distinguer les taches causées par l'irritation et ses suites, de celles produites par les autres causes, dont nous allons nous occuper.

Nous avons dit que ce phénomène dépendait toujours d'effusions sanguines partielles: or, ces effusions sont produites par la réplétion du système capillaire; mais nous avons vu que l'irritation n'était pas la seule cause capable d'amener cette réplétion, et nous avons déjà parlé des congestions par obstacle à la circulation. Les taches rouges peuvent donc être aussi le résultat de ces congestions. Nous avons fait sentir, à propos de la coloration uniforme, qu'il était peu important pour la pratique de distinguer ces hémorrhagies, qui ne sont qu'un phénomène de la fluxion par irritation. Elles sont alors accompagnées des autres caractères de l'inflammation,

qui se joignent à ceux que nous allons indiquer pour les congestions par obstacle à la circulation.

Ces congestions sont brusques, le sang s'épanche donc rapidement dans les tissus, au lieu de se combiner lentement avec eux, comme dans l'inflammation; alors, on retrouve le sang en petits caillots plus ou moins considérables, suivant que le tissu de l'organe, siége de la congestion, est plus ou moins facile à rompre; aussi le cerveau, pourvu de très-peu de cohésion, présente-t-il quelquefois d'énormes caillots résultant d'un épanchement apoplectique. La lenteur de l'effusion par irritation permet au sang de s'accommoder à l'organisation des tissus et de présenter, ainsi que nous venons de le dire, des taches d'une forme particulière pour chacun d'eux. La rapidité de l'épanchement par congestion ne permet pas les mêmes modifications; aussi les taches, dans ce cas, sont-elles toujours plus étendues et moins régulières. La quantité du sang extravasé leur donne aussi toujours une teinte d'un rouge violet très-foncé que n'ont pas les taches d'un rouge clair de l'inflammation. La marche lente de l'inflammation a permis aux fluides blancs de s'accumuler dans l'organe et d'augmenter son volume et sa densité; il n'en est pas de même pour les congestions, qui ne s'accompagnent pas de ces caractères. Des phénomènes particuliers se présentent dans l'inflammation de chaque organe, pour la coloration ou les aspects : ainsi, par exemple, relativement à la première, le cerveau enflammé offre une couleur jaune brun, que n'ont pas les épanchemens apoplectiques; relativement aux seconds, le poumon hépatisé a un aspect granulé, et ses épanchemens apoplectiques

sont lisses et ressemblent à un caillot sanguin; enfin, lorsque l'on comprime entre les doigts un tissu, siége d'une congestion hémorrhagique, le sang sourd de tous les points de sa surface.

Les congestions hémorrhagiques produites par les causes les plus légères, lorsque les tissus sont ramollis et pulpeux, comme dans le scorbut, présentent les mêmes caractères et plus marqués encore; de plus, ils sont joints aux autres altérations déterminées par cette maladie, et nous ne croyons pas nécessaire de nous y arrêter.

Un phénomène particulier se remarque sur la fin des maladies appelées fièvres adynamiques, et consiste en des taches violettes lenticulaires qui se manifestent à la surface de la peau, et auxquelles on a donné le nom de pétéchies: nous n'entreprendrons pas d'assigner leur cause productrice; mais nous pensons que la lividité de ces taches, le défaut de gonflement, doivent suffire pour ne pas les confondre avec celles qui seraient le résultat d'un exanthème cutané.

Les congestions agoniques peuvent-elles donner lieu à ce phénomène? Cela est probable, et surtout dans les cas où un grand obstacle est apporté au retour du sang, par un rétrécissement très-marqué d'un des orifices des cavités du cœur. Mais alors ces taches ont les mêmes caractères que ceux que nous avons assignés pour les congestions hémorrhagiques, elles se joignent d'ailleurs à l'injection continue et se rencontrent le plus souvent dans l'organe le plus voisin de l'obstacle, et qui éprouve la congestion la plus vive, le poumon.

Reprenons en quelques mots les causes et les caractères des taches rouges.

1°. *Congestions hémorrhagiques.* Taches étendues, de

forme irrégulière, d'un rouge violet foncé, sang en caillots plus ou moins considérables. Absence de la densité, des colorations et des aspects particuliers propres aux tissus enflammés; issue du sang par la compression.

2°. *Congestions agoniques.* Mêmes caractères, joints à l'injection continue; proximité d'un obstacle très-marqué au retour du sang.

3°. *Phlogose.* Taches petites, formées le plus souvent de groupes de ponctuations, d'un rouge vif; figure différente, suivant l'organisation du tissu affecté; coïncidence avec l'injection groupée.

4°. *Inflammation.* Mêmes caractères, coïncidence avec la coloration rouge uniforme et les autres caractères de cette affection.

Le phénomène que nous venons d'étudier présente donc peu de causes productrices, et nous avons vu que, même lorsqu'il existait seul, il pouvait être rapporté à la phlogose.

§. IV. *Conclusion.*—Nous venons d'étudier successivement les trois formes principales sous lesquelles se présente la coloration rouge : nous avons tâché d'apprécier les causes qui peuvent les produire, ainsi que celles qui peuvent diminuer leur intensité ou altérer leur teinte; mais, malgré les caractères que nous avons cru pouvoir assigner à chacune d'elles, nous ne pouvons nous dissimuler combien il est quelquefois difficile de les reconnaître, combien souvent l'on est embarrassé pour décider si une coloration est un effet de l'inflammation ou de toute autre cause; nous avons ensuite assigné à l'inflammation d'autres caractères, qui sont eux-mêmes parfois peu apparens, fort difficiles à reconnaître, et qui peuvent dépendre d'autres altérations : il est donc indispensable que nous nous occupions, dans d'autres travaux, de déter-

miner quelles sont leurs valeurs, et que nous tâchions aussi de les distinguer entre eux, suivant les causes qui les ont produites.

Ajoutons encore quelques mots sur les colorations considérées suivant la marche de l'inflammation. On a pu voir, en lisant les diverses sections que nous avons établies, que nous considérons l'injection groupée comme signe de fluxion, les taches rouges ponctuées comme signe de phlogose, et comme coloration rouge inflammatoire celle qui se présente avec les caractères suivans: coloration rouge uniforme, parsemée de petites taches d'un rouge vif et d'injections groupées, unie à l'augmentation de volume, de densité, à la diminution de cohésion et à la présence des produits anormaux; mais nous avons fait remarquer que le sang, s'altérant à mesure que la maladie faisait des progrès, la teinte rouge se compliquait d'autres colorations différentes, suivant le tissu affecté, et qui devenaient de moins en moins foncées, en rapport inverse de la durée de la maladie; nous devons ajouter que ceci ne doit s'entendre que des cas où la désorganisation purulente a lieu; car dans ceux, au contraire, où l'inflammation est tellement intense que les tissus sont rapidement désorganisés, effet connu sous le nom de gangrène, et que nous préférons nommer désorganisation sanguine, la coloration, loin de diminuer d'intensité, à mesure que marche la maladie, devient au contraire de plus en plus foncée, et du rouge passe au brun et même au noir. Les altérations que subit le sang, dans ces circonstances, rendent raison de ces différences: dans les cas de désorganisation sanguine, la désorganisation est brusque, et tellement rapide, que le tissu, promptement frappé de mort, n'a plus aucune

communication avec les parties vivantes; le sang n'étant plus alors soumis aux lois vitales, subit la décomposition qu'y amenerait naturellement la putréfaction; au contraire, lorsque l'inflammation marche moins rapidement, la désorganisation ne se fait que petit à petit, le sang est long-temps soumis aux lois organiques; il est élaboré de manière à former d'autres fluides, d'une couleur beaucoup moins foncée que la sienne. Cette élaboration, ce mode de changement opéré par l'action des organes, est certainement impossible à expliquer; mais il n'en existe pas moins: il est même si vrai qu'il dépend de cette cause, que l'organisation et les fonctions propres à chaque tissu, à chaque système, le modifient de diverses manières: ainsi, par exemple, dans le tissu cellulaire enflammé, le premier changement de cette nature que l'on observe, est la formation d'un liquide jaunâtre, crémeux, auquel on a donné le nom de pus; mais ce produit est loin de présenter, dans tous les organes, et la même couleur et la même consistance; bien plus, dans beaucoup, il est précédé de l'apparition d'autres produits tout-à-fait différens de lui: les membrânes muqueuses commencent par sécréter un liquide séreux et incolore; les séreuses, un fluide albumineux qui se concrète très-rapidement.

Nous ne pousserons pas plus loin ces considérations, nous croyons en avoir dit assez pour prouver que l'intensité des teintes compliquant la coloration rouge, augmente dans la désorganisation sanguine, et diminue au contraire dans la désorganisation purulente, par suite des différences que ces deux états apportent dans les propriétés du sang. Il est donc très-important de faire attention à ces suites de l'inflammation pour l'évalua-

tion des colorations, et pour ne pas méconnaître le caractère inflammatoire de ces dernières, alors même qu'elles ne sont pas d'une teinte rouge, vive et nette. L'absorption, qui peut se rétablir aussi peu-à-peu dans l'organe affecté, tend, même pendant la marche de la maladie, à répartir dans les fluides en circulation ceux qui avaient été épanchés dans le tissu, et cette cause agissant sur le sang qui formait la coloration, doit par conséquent diminuer incessamment cette dernière. Mais ceci ne peut avoir lieu que dans les cas où l'inflammation n'est pas très-intense, où l'action première de la cause irritante n'a pas déterminé la désorganisation rapide du tissu; si, dans ce cas, l'irritation persiste, cependant à un degré moindre d'efficacité, les effusions sanguines produites par la première impression disparaissent; le pus qui a besoin d'une exaltation morbide très-marquée pour se former, ne se présente pas, mais ce sont alors les vaisseaux blancs qui sont plus particulièrement affectés. L'accumulation des fluides blancs continue, l'organe s'engorge de plus en plus de lymphe coagulable, ce qui lui fait perdre non-seulement la coloration rouge inflammatoire, mais encore celle qui lui était propre dans l'état sain; il devient d'un blanc demi-opaque, quelquefois même transparent, et c'est cet état que l'on désigne sous le nom d'*inflammation chronique*.

Voilà donc encore un mode de progression de l'inflammation, qui apporte une diminution graduelle dans les colorations, et ceci n'est pas une pure supposition: on trouve souvent au centre d'un petit espace coloré un point plus ou moins étendu, où la teinte rouge a déjà disparu, et est remplacée par l'état que nous ve-

nous du décrire. Il est facile quelquefois de suivre en même temps sur plusieurs points d'un même organe, les progrès de la diminution de la teinte rouge aiguë et de l'extension de la blancheur chronique : on conçoit facilement que ces changemens commencent à s'opérer au centre des espaces colorés ; ayant été le premier affecté, il doit être aussi le premier où s'exerce l'absorption du sang épanché. Nous pensons qu'on ne supposera pas que nous ayons pris des escarrifications purulentes pour les phénomènes que nous venons de noter ; l'opacité, la teinte jaunâtre, la mollesse presque diffluente des premières ; la demi-transparence, la blancheur, la consistance quelquefois très-considérable des seconds, sont des caractères assez tranchés pour ne laisser tomber dans aucune erreur à cet égard.

Ce que nous venons de dire des altérations dépendant de l'accumulation des fluides blancs, nous amène naturellement à parler des inflammations qui se manifestent chez les sujets doués d'une prédominance lymphatique très marquée. Chez eux, la réaction vitale est tellement faible, que des causes irritantes, qui produiraient des inflammations violentes chez d'autres individus, ne donnent lieu qu'à des phénomènes peu marqués ; et comme l'apanage de cette constitution est de présenter les vaisseaux blancs de beaucoup supérieurs aux vaisseaux rouges en nombre et en force, ce sont les premiers qui deviennent essentiellement le siége de l'affection. On chercherait vainement alors la rougeur intense comme caractère de l'inflammation, on pourrait presque dire que, chez ces sujets, cette maladie débute par l'état chronique, ou peut-être plus justement que leurs inflammations aiguës ressemblent beaucoup aux chro-

niques des individus à prédominance sanguine. Aurons-nous besoin, pour prouver ce que nous avançons, de citer ces immenses éruptions folliculaires incolores du canal intestinal, ces tuméfactions blanches des articulations, ces énormes gonflemens des amygdales, presque sans rougeur, que présentent si souvent les sujets dont nous parlons? nous voyons donc ici des inflammations avec très-peu ou point de rougeur, et qu'on peut reconnaître en faisant attention à la constitution du sujet.

Il est enfin des inflammations qui ne se terminent ni par la désorganisation sanguine ou purulente, ni par le passage à l'état chronique, soit qu'on leur ait opposé des moyens assez énergiques pour entraver leur marche, soit que cette dernière circonstance ait été déterminée par l'affection plus vive d'un autre organe, ou même d'une partie éloignée du même organe; alors la coloration rouge est tellement altérée qu'on a la plus grande peine à assigner la véritable cause aux teintes ardoisée, bleuâtre, olive, verdâtre même, qui se présentent dans ces cas. Quoiqu'elles ne coïncident plus avec des altérations, de texture bien marquées, elles sont cependant un effet de l'inflammation, mais d'une inflammation décroissante. Alors les symptômes qui correspondaient pendant la vie à ces altérations, ne doivent pas être recherchés dans les derniers qu'a éprouvés le malade, mais bien dans ceux qui leur sont antérieurs, il faut même quelquefois remonter très-loin pour les trouver.

De ces considérations nous croyons pouvoir conclure qu'en général la coloration rouge déterminée par l'inflammation, est d'autant plus nette, abstraction faite de la teinte propre aux organes sains, que la maladie est moins ancienne; que cependant, lorsque l'inflamma-

tion est assez intense, dès son principe, pour amener rapidement la désorganisation sanguine, la couleur rouge noircit rapidement dans les points affectés de désorganisation.

Ajoutons que si les trois formes de coloration rouge se rencontrent le plus souvent ensemble dans l'inflammation, il arrive aussi que chacune d'elles peut accompagner isolément les autres caractères de cette maladie, alors même qu'elles avaient été réunies pendant la vie : nous avons vu, en effet, les causes qui pouvaient les faire disparaître dans le cadavre.

Il est encore une chose importante à remarquer, c'est que plusieurs formes de coloration rouge peuvent se trouver réunies dans un organe et dépendre de causes tout-à-fait différentes; ainsi un organe, siége d'une fluxion, d'une phlogose, et même d'une inflammation, peut être aussi celui d'une congestion agonique ou des effets des autres causes que nous avons vues pouvoir donner lieu à la coloration rouge : c'est certainement ici le cas le plus difficile, la circonstance la plus épineuse qui puisse se présenter; il ne faut rien moins que l'œil le plus exercé, l'attention la plus minutieuse, pour ne pas tomber dans l'erreur, et encore pensons-nous que quelque désir qu'on ait de trouver la vérité, il arrivera souvent qu'on n'y parviendra pas.

En résumant tout ce que nous avons dit, nous voyons combien de causes peuvent donner lieu à la coloration rouge, de quelque forme qu'elle soit; combien même cette teinte, alors qu'elle est un effet de l'inflammation, peut être altérée, ou par la marche de cette maladie, ou par la couleur naturelle de l'organe affecté. Nous avons vu aussi que dans quelques organes et certaines cons-

titutions, la rougeur ne se manifeste pas, ou au moins que faiblement, au principe même de l'inflammation : nous croyons donc pouvoir conclure que la coloration rouge n'est pas toujours un signe d'inflammation, et n'en est pas un caractère constant.

IIe. ANALYSES D'OUVRAGES ET EXTRAITS.

TRAITÉ *des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent;* par M. le baron BOYER. Tome X, in-8°. 1825.

Le volume dont nous allons essayer de faire connaître les articles principaux est, comme les précédens, une mine riche et féconde en observations du plus haut intérêt, d'après lesquelles M. Boyer a pu établir des préceptes qui offrent ce que la science a de plus positif. C'est le fruit d'une longue expérience, fortifiée par le jugement le plus sain, et par conséquent un guide sûr et fidèle pour les jeunes praticiens qui auront le bon esprit de le préférer à certains ouvrages dans lesquels la théorie s'offre avec plus de brillant que de solidité. Ils y trouveront les puissantes ressources d'un art qui, par la simplicité et la perfection de ses procédés, est arrivé à un degré de certitude tel, que les praticiens qui sauront les employer à propos, compteront plus de succès que de revers; ils y verront en même temps les cas dans lesquels ils devront s'abstenir de tout moyen violent, de toute tentative hasardée, pour ne compromettre ni la vie, ni la santé des malades, dans les cas où l'expérience

a prononcé qu'il ne fallait rien tenter; et c'est cette sage réserve qui distingue l'homme instruit de ces praticiens que rien n'arrête, et qui sont à-la-fois le fléau de l'humanité et la honte de l'art.

Dans le nombre des maladies qui affectent l'anus et le rectum, l'auteur cite le rétrécissement congénial du premier comme une affection assez commune, et dont les suites sont souvent graves lorsque, par ignorance ou pusillanimité, les parens n'ont point de bonne heure recours aux moyens convenables pour remédier à cette infirmité. La seule indication positive et pressante à remplir, suivant M. Boyer, est d'agrandir l'orifice de l'anus par une ou plusieurs incisions, plutôt que de recourir aux corps dilatans, dont l'action seule n'est point exempte d'accidens, et peut même compromettre la vie des enfans. L'auteur cite, entre plusieurs exemples de cette maladie, une observation remarquable par la continuité des douleurs qu'éprouva le malade qui en fait le sujet, l'incertitude des traitemens auxquels il fut soumis pendant plusieurs années, et enfin le succès aussi prompt qu'inespéré qu'obtint M. Boyer en fendant l'anus par deux incisions latérales profondes, et en le tenant dilaté par de grosses mèches. Les plaies furent guéries au bout d'un mois; mais l'usage des mèches fut continué encore pendant deux autres mois, pour contrebalancer la tendance qu'a l'anus au resserrement. C'est avec le même avantage, et par la même méthode, que M. Boyer traite les fissures à l'anus. Cette maladie paraît attaquer presque exclusivement les adultes, et les femmes plus souvent que les hommes. Son signe caractéristique est une douleur fixe dans un point du contour de l'anus. Cette douleur est toujours plus vive pendant les évacuations alvines,

et le sphincter de l'anus est tellement contracté, que l'introduction du doigt, d'une mèche ou d'une canule, est très-difficile et excessivement douloureuse. Quelquefois on aperçoit l'extrémité inférieure de la gerçure au contour de l'anus; mais le plus souvent ce n'est qu'en appuyant avec force sur la fesse correspondante, et en ouvrant un peu l'orifice du rectum, qu'on l'entrevoit. Le doigt introduit dans cet intestin éprouve une constriction très-forte et constante.

Nous passons rapidement sur les chapitres qui traitent des maladies des enveloppes du testicule, et de cet organe lui-même, pour nous arrêter au plus important de tous, celui qui traite du sarcocèle ou cancer du testicule. L'auteur commence par faire observer avec justesse que rien n'est plus propre à donner une idée fausse des différentes maladies dont un organe peut être attaqué, que de comprendre sous la même dénomination plusieurs affections qui n'ont rien de commun entre elles, si ce n'est quelques apparences extérieures. Ainsi, M. Boyer définit le sarcocèle : « Cette maladie dans laquelle la substance du testicule est transformée en tissu squirrheux ou en matière cérébriforme, ou en l'un et en l'autre. Cette maladie n'attaque presque jamais qu'un seul testicule; et lors même qu'elle se renouvelle après l'extirpation, il est extrêmement rare qu'elle affecte celui du côté opposé. Après avoir indiqué les causes qui peuvent provoquer le développement du sarcocèle, telles que les contusions, etc. » l'auteur ajoute : « mais elles n'en sont pas la cause prochaine ou efficiente. Cette cause, comme celles des maladies cancéreuses qui attaquent d'autres organes, est une disposition intérieure à laquelle on a donné le nom de *diathèse cancéreuse*, ou *disposition au*

cancer. Cette disposition intérieure, dont la nature est inconnue, *et qui ne s'annonce par aucun signe particulier*, peut donner lieu au sarcocèle, sans le concours d'aucune cause extérieure ou déterminante. » Je l'avouerai, c'est avec une peine extrême que je vois un savant aussi recommandable par la rectitude de son jugement que par l'étendue de son instruction, adopter dans un ouvrage classique, et tout pratique, l'existence d'une *diathèse cancéreuse qui ne s'annonce par aucun signe particulier*; c'est avouer implicitement que l'on croit à un être malin, qui établit son domicile dans nos organes pour les détruire infailliblement, sans que l'art puisse troubler en rien sa marche et empêcher ses désordres; c'est introduire un fatalisme désespérant dans l'exercice de la médecine, et c'est expliquer, à l'aide d'un mot vide de sens, des phénomènes dont on n'a pas une idée bien exacte, parce qu'on n'a pas été dans des circonstances assez favorables pour bien observer leur développement, leur marche plus ou moins prompte, suivant l'influence que lui ont imprimée les moyens thérapeutiques, pour arriver enfin à ce fâcheux état qui constitue le cancer. L'excellent article de MM. Breschet et Ferrus, dans le *Dictionnaire de Médecine*, me semble être le guide le plus sûr pour ceux qui voudront se livrer à l'étude de cette maladie. « La meilleure marche à suivre, dans l'étude du cancer (disent-ils), serait incontestablement d'examiner son mode de formation dans tous les tissus, dans tous les systèmes, et de noter ensuite quelles modifications il éprouve, à quels symptômes particuliers il donne lieu, lorsqu'il affecte un organe. » (Tom. IV, pag. 145.) Mais pour obtenir un résultat concluant, il faut que l'observateur ait vu

le mal à son début ; qu'il note sous quelle influence externe ou interne il s'est développé ; quel traitement lui a été appliqué ; quelles modifications il en a reçues, et que, narrateur fidèle, il ne taise pas par esprit de système, ainsi qu'on le voit trop souvent, tout ce qu'il importe de connaître parfaitement pour arriver au but si désiré, d'avoir enfin une théorie médicale et une thérapeutique du cancer, qui fassent cesser toutes nos disputes et nos incertitudes.

Après avoir décrit les symptômes aussi nombreux que variés que présente le sarcocèle dans les différentes périodes de sa marche, l'auteur avoue que s'il est facile, en général, de distinguer cette maladie des autres qui affectent le scrotum, il ne l'est pas, à beaucoup près autant, de déterminer si une tumeur du testicule est un sarcocèle ou une simple induration chronique. On a vu des tumeurs du testicule, que l'on croyait non cancéreuses, se reproduire, comme le fait le véritable cancer, tandis que d'autres, que l'on pensait être réellement cancéreuses, ont été guéries sans retour par l'opération. En général, dit l'auteur, le pronostic du sarcocèle est moins fâcheux, lorsque la tumeur est récente, indolente, qu'elle est survenue à l'occasion d'un coup, ou de toute autre cause externe ; que le cordon spermatique est sain ; que l'exploration la plus attentive du ventre n'y fait découvrir aucune trace de tumeur ou d'engorgement, et que la malade n'éprouve point de douleurs dans la région des reins. Les circonstances contraires rendent le pronostic plus fâcheux. Lorsqu'il y a de l'incertitude sur le diagnostic, et que le sarcocèle ne fait que commencer, le traitement doit consister dans des saignées modérées, lorsqu'elles sont indiquées, des to-

piques résolutifs et fondans, les préparations mercurielles, etc.; mais dès qu'il se montre avec tous les signes qui le caractérisent, il y aurait les plus grands inconvéniens à se borner à l'emploi de remèdes aussi peu efficaces, et à différer une opération qui offre des chances d'autant plus favorables, qu'on se hâte davantage de la pratiquer. Je dois regarder comme une omission importante dans le traitement indiqué contre le sarcocèle commençant, que M. Boyer n'ait point conseillé l'application, souvent renouvelée, d'un petit nombre de sangsues et de fomentations émollientes, seulement dégourdies et non chaudes, sur le testicule; car les cataplasmes chauds, dont on a l'habitude de le recouvrir, ont le double inconvénient d'aggraver le mal, d'un côté, par la pression qu'ils exercent sur une partie déjà douloureuse, et de l'autre, par une température qui y appelant davantage les fluides, doit nécessairement augmenter et perpétuer l'engorgement. Je pense que si ces moyens rationnels étaient employés au début de la maladie, avec soin et constance de la part du médecin et du malade, on verrait bien plus rarement arriver la dégénérescence cancéreuse du testicule, et que l'on éviterait les suites funestes qu'entraîne l'opération, tant sur le physique que sur le moral de ceux qui la subissent.

Parmi les différentes tumeurs auxquelles on a improprement donné le nom de sarcocèle, l'auteur en signale une remarquable par le volume énorme qu'elle peut acquérir, et qui a son siége dans le tissu cellulaire des bourses. Il cite toutes celles qui ont été observées depuis Dionis jusqu'à nos jours, et en tire les conclusions suivantes: « 1°. Que les tumeurs énormes qui se développent dans le scrotum n'ont point leur siége dans les tes-

ticules, et ne sont point de véritables sarcocèles; qu'elles sont formées par l'accumulation lente et successive de sucs lymphatiques et albumineux dans le tissu cellulaire des bourses; que les testicules ne sont point malades, et que, s'ils sont affectés, ce n'est que consécutivement par le volume de la tumeur, qui les réduit quelquefois à un état d'atrophie. 2°. Qu'elles ne sont point susceptibles de dégénérescence cancéreuse; qu'elles n'exercent aucune influence nuisible sur l'économie animale, et qu'elles ne causent d'autre incommodité que celle qui résulte de leur volume énorme et de leur poids. 3°. Qu'après leur oblation on n'a point à craindre la récidive de la maladie, comme après l'extirpation du sarcocèle.

Le troisième article est consacré à la description des vices de conformation et des maladies de la verge. En parlant du cancer de cet organe, M. Boyer fait cette remarque fort importante: « C'est qu'un très-grand nombre de personnes auxquelles cette maladie est survenue, étaient atteintes d'un phymosis qui ne leur permettait pas de découvrir le gland. La présence de l'humeur fournie par les glandes qui couronnent la base du gland, l'altération qu'elle éprouve en séjournant sous le prépuce, semblent être une des causes qui contribuent à faire naître le cancer de la verge. Il serait intéressant, dit l'auteur, de savoir si le cancer de la verge est une maladie rare chez les peuples circoncis, tels que les Juifs et les Mahométans. » Voilà donc une des causes de la dégénérescence cancéreuse d'un de nos organes bien connue et bien signalée. Ici elle est palpable et facile à saisir. On n'a pas besoin d'avoir recours à la diathèse pour expliquer l'effet de l'irritation permanente d'un or-

gane par une substance âcre et corrosive ; et si c'était ici le lieu de discuter ce point de doctrine encore en litige, je ne serais point embarrassé de fournir de nombreuses preuves que c'est à l'inflammation, qui n'a point été totalement enlevée dans les parties où elle s'était développée par cause interne ou externe, que nous devons rapporter les affections cancéreuses qui attaquent les différens tissus chez l'homme et les animaux.

Le chapitre III[e] est consacré à la description des maladies qui attaquent les parties génitales de la femme à l'extérieur et à l'intérieur. L'auteur traite avec beaucoup de soin et de détail de la métrite, de ses différentes causes et du traitement qu'elle réclame. Celui-ci doit être prompt et actif, si l'on veut arrêter les progrès du mal et prévenir une terminaison funeste. Lorsque la métrite est compliquée avec la péritonite, M. Boyer conseille d couvrir le ventre de sangsues pour faire avorter l'inflammation de la membrane séreuse, qui constitue une maladie plus dangereuse que la métrite même, et nous n'avons eu qu'à nous applaudir de ce moyen, dans un cas de péritonite déterminée par une grossesse extra-utérine.

Les détails dans lesquels l'auteur est entré au sujet du renversement de la matrice, seront lus avec le plus grand fruit, et tiendront en garde les jeunes chirurgiens contre certaines opérations qu'il ne faut jamais pratiquer qu'avec connaissance de cause, parce que les résultats en ont presque toujours été funestes. » Aujourd'hui, dit M. Boyer, tous les praticiens pensent que l'amputation ou la ligature de la matrice, renversée à la suite de l'accouchement, ne peut pas être admise. » Nous avons eu occasion d'observer les suites funestes d'une ligature

appliquée sur la matrice renversée dans l'accouchement, cet organe ayant été pris pour un polype. Cette maladie, ayant été souvent confondue avec d'autres affections de la matrice, du vagin, et même des parties extérieures de la génération, fait le sujet d'un article fort intéressant, dans lequel l'auteur s'attache à en donner la description la plus exacte et le mode de traitement le plus convenable. Ce chapitre est terminé par la description du cancer de la matrice : cette terrible maladie se montre malheureusement trop fréquemment chez les femmes, sans que l'on puisse préciser l'époque à laquelle elle sévit plus fréquemment, ni assigner la cause à laquelle on doit l'attribuer. Elle mérite donc que les médecins l'étudient avec soin, car jusqu'alors ils ne lui ont opposé qu'un traitement incertain, et qui, dans le plus grand nombre des cas, n'a point empêché les malades d'arriver au terme fatal, après les souffrances les plus horribles, trop heureux quand les moyens employés ne l'ont point hâté. Après avoir décrit les symptômes qui appartiennent à cette maladie, il faut que le praticien, qui la reconnaît ou la soupçonne, confirme par le toucher la vérité de son diagnostic. Voici les signes qu'il en obtiendra: «Le doigt introduit dans le vagin sent, dans les différentes parties du col de la matrice, une résistance inégale; il est mollasse dans quelques points, dur dans d'autres; son orifice est souvent plus ouvert qu'à l'ordinaire. La compression exercée par le doigt sur cette partie, est presque toujours un peu douloureuse, et en exprime pour ainsi dire un liquide sanieux, purulent, ou sanguinolent. Le coït produit ordinairement le même effet.» Lorsque cet état existe, et qu'on ne le combat pas avec efficacité, la désorganisation s'opère avec rapi-

dité; les souffrances, de périodiques qu'elles étaient, se rapprochent davantage, deviennent continues, et chaque jour sont plus affreuses. La sanie devient d'une fétidité insupportable, et tellement nauséabonde, qu'il est des praticiens qui, à cette époque, ne peuvent plus pratiquer le toucher sans en être incommodés. L'ulcère envahit bientôt le corps de l'utérus, le vagin, la vessie et le rectum; et le passage de l'urine et des matières fécales dans le vagin met le comble à ce que cette maladie a d'horrible et de dégoûtant quand elle est parvenue à cette affreuse période. Sa durée n'est point limitée, mais la mort en est la terminaison inévitable. Les moyens thérapeutiques conseillés par M. Boyer sont les sangsues; s'il y a des signes de pléthore utérine, des injections dans le vagin avec la décoction de graines de lin, de têtes de pavots, de feuilles de morelle, de ciguë, de jusquiame. Il fait observer très-judicieusement que les eaux de Baréges, ou autres analogues dont on se sert trop souvent, ont l'inconvénient de produire une grande excitation et de hâter le développement de l'ulcération. Les douches ascendantes ne sont pas moins funestes. Lorsque le cancer est très-avancé, il faut avoir recours à l'opium pour calmer les douleurs atroces auxquelles la malade est en proie. Ainsi, on fera injecter, plusieurs fois par jour, dans le rectum, de l'extrait gommeux d'opium, dissous dans de l'eau de graines de lin, dont la dose sera augmentée et appropriée à la durée et à l'intensité des douleurs. L'auteur termine par des préceptes que nous croyons devoir rapporter textuellement: ». L'extirpation du cancer de la matrice, proposée et pratiquée par Bliander et par d'autres chirurgiens, est une de ces opérations que les lois de la prudence et de l'humanité

réprouvent toujours, parce qu'elles ne présentent que des chances défavorables. Si la plupart des chirurgiens prudens hésitent souvent à faire l'ablation de la mamelle cancéreuse, comment se décideraient-ils à tenter l'extirpation du cancer de la matrice? Quelques médecins ont proposé dans ces derniers temps de détruire par les caustiques le cancer du col utérin; ils ont imaginé de distendre le vagin à l'aide d'un cornet métallique, de manière à reconnaître par la vue l'état du col, et à y porter les caustiques sans offenser le vagin. Nous ignorons quelles ont été les suites de leurs tentatives; mais nous ne croyons pas que jamais un chirurgien prudent les approuve ou les imite. »

Voilà donc un anathème lancé contre toute espèce de tentative que l'on voudrait faire, soit par l'ablation de la partie malade, soit par la cautérisation, pour tâcher d'arracher à la mort les malheureuses victimes qui y sont dévouées inévitablement. L'homme de l'art devra donc, à l'avenir, se borner à pallier les souffrances, et à rester spectateur oisif de désordres essentiellement mortels, puisque la science n'a rien à leur opposer. J'avoue que cette idée de l'impuissance de l'art sera toujours pénible à supporter, et que, loin d'arrêter nos tentatives, elle doit, au contraire, enflammer nos courages et soutenir nos efforts pour arriver enfin à des résultats plus consolans pour l'humanité. A l'époque où Desault florissait, la chirurgie avait fait des progrès immenses; mais la ligature des vaisseaux, dans le cas d'anévrysme, n'avait point été portée au point où elle est arrivée aujourd'hui. Plusieurs praticiens avaient bien entrevu qu'on pouvait aller plus loin qu'eux; mais ils avaient manqué de cette heureuse audace qui a fait la réputation des chirurgiens

français et anglais de notre époque. Les conquêtes de l'art se sont étendues presque au-delà du possible, et la ligature de l'aorte abdominale par Ast. Cooper en est la preuve la plus convaincante. Loin donc de condamner les essais, qui peuvent devenir une des plus précieuses ressources de l'art, encourageons-les plutôt, et rendons hommage aux hommes de notre profession qui les entreprennent avec tout le discernement et la modération qui sont le partage du talent et de l'expérience. Il est une méthode de traitement que M. Boyer n'a point enveloppée dans la proscription dont il a frappé celles qui ont recours au fer ou au feu, et qui, d'accord avec celle qu'il prescrit, en diffère cependant un peu, en ce qu'elle poursuit avec constance l'affection cancéreuse même dans la période la plus avancée, avec les émissions sanguines locales, la glace, les bains froids et le régime antiphlogistique dans sa plus grande extension. Frappé des succès obtenus par M. le docteur Treille, auquel j'ai vu faire l'application de ces moyens dans un cas de cancer du col de la matrice, déjà tellement avancé, que les médecins qui visitèrent la malade, et au nombre desquels je me trouvais, regardaient la maladie comme incurable, j'eus depuis plusieurs occasions de traiter la même maladie, et voici les résultats que j'obtins du traitement antiphlogistique employé avec la même extension :

Madame Rasnel, âgée de quarante ans, n'ayant jamais eu d'enfans, me consulta, il y a quatre ans, et présentait les symptômes suivans : leucorrhée fétide, très-abondante, mêlée de stries de sang ; envies fréquentes d'uriner ; poids incommode sur le rectum ; douleur dans les aînes, et sentiment de fatigue et de brisement que la malade rapportait à la partie supérieure et antérieure

des cuisses. Soumise au toucher, je trouvai le col de l'utérus très-engorgé, douloureux, et présentant une ulcération déjà fort étendue à la lèvre postérieure. Je prescrivis vingt sangsues aux aînes, des bains de siége avec la décoction de graines de lin, et les têtes de pavôts, dans lesquels je faisais rester la malade pendant cinq à six heures. Lorsque la malade était replacée dans son lit, je faisais couvrir la vulve de compresses trempées dans la même décoction presque froide, avec injonction de les renouveler aussitôt qu'elles s'échauffaient un peu. Les sangsues furent appliquées plusieurs autres fois à quelques jours d'intervalle, et le même traitement fût suivi pendant un mois avec un tel succès, que tout faisait présager que la maladie serait guérie dans un espace de temps assez court. J'engageai donc cette femme à continuer les mêmes moyens avec constance; mais se sentant mieux, et croyant que je lui exagérais les dangers de sa position, elle cessa tout traitement et répéta son travail accoutumé. Les accidens ne tardèrent pas à reparaître, mais plus formidables que jamais, et avec une perte qui dura plusieurs jours, et que je ne parvins à arrêter qu'à force d'émissions sanguines locales et générales, et d'applications froides sur la vulve et l'abdomen. Instruite par cette série d'accidens formidables, cette malade se soumit avec résignation au régime le plus sévère, au repos le plus absolu, et au bout de six mois elle eut le bonheur de se trouver guérie d'une maladie qui avait failli l'emporter au tombeau.

Mademoiselle B***, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, languissait depuis plusieurs années, sans connaître ni même soupçonner la nature de la maladie à laquelle elle était en proie. De retour des

eaux de Vichy, et pouvant à peine se soutenir, tant elle était faible et souffrante, elle consentit à recevoir mes soins. Elle éprouvait depuis plusieurs années une leucorrhée très abondante, et qui était parfois si âcre, qu'elle irritait fortement les parties externes de la génération. Une tumeur dure et douloureuse se faisait sentir dans la région iliaque droite. C'est en explorant cette région, que je sentis, à travers la chemise, une chaleur si ardente qui sortait par la vulve, que je croyais avoir la main appliquée contre une bouche de chaleur. Les règles étaient fort diminuées et très-irrégulières; les envies d'uriner très-fréquentes, et le poids sur le rectum tellement considérable, que les lavemens étaient introduits avec la plus grande peine. Tous les autres signes qui forment le cortége du cancer se trouvant réunis, je ne doutai plus que j'avais affaire à cette redoutable maladie, qui était déjà dans un état fort avancé. Le traitement ci-dessus indiqué fut employé, et continué pendant sept mois, avec une constance dont cette jeune personne recueillit tout le fruit que je m'en étais promis. Depuis deux ans ses règles ont toujours paru avec abondance et régularité, et sa santé est devenue telle, qu'elle ne l'avait jamais éprouvée si bonne, ni si soutenue.

Une dame de trente-six ans, n'ayant eu qu'un enfant, éprouvait en 1808 tous les symptômes qui appartiennent au cancer de l'utérus. Le toucher me fit reconnaître le col et le corps de la matrice extrêmement engorgés, mais sans ulcération. Le traitement antiphlogistique eut tant de succès, que trois mois suffirent pour faire cesser tous les accidens. Je ne vis plus cette dame, et ne pus m'assurer de l'état du col et du corps de la matrice. Ce ne fut qu'un an après, que, reprise par des accidens plus

graves que ceux qu'elle avait éprouvés l'année précédente, et qu'elle devait à beaucoup d'imprudences, elle réclama de nouveau mes conseils. Mais au lieu d'une induration du col et du corps de la matrice, je trouvai qu'une partie du premier était ulcérée, et une odeur de matière fécale rapportée par mon doigt, me fit soupçonner qu'il existait une fâcheuse communication avec le rectum. M. le professeur Récamier que j'appelai en consultation, reconnut le désordre, et jugea que la maladie était au-dessus des ressources de l'art, ce qui ne fut que trop confirmé peu de temps après. J'ajouterai, qu'outre l'utilité que présente le spéculum dont M. Récamier est l'inventeur, pour s'assurer de l'état des organes, il en offre une bien plus grande encore. Ainsi, au lieu de faire faire les injections avec la seringue, je place le spéculum dans le vagin, et par son moyen j'y introduis telle décoction que je crois nécessaire sur le lieu même souffrant, où elle séjourne jusqu'à ce que la malade, abaissant elle-même l'orifice externe du spéculum, la fasse sortir pour en mettre de nouvelle, et réitérer cette opération aussi souvent et aussi longtemps que sa patience le lui permet. Je suis parvenu à suppléer par ce moyen les bains de siége, qui sont si incommodes à cause de la forme des fauteuils, et à éviter les inconvéniens des injections faites avec les seringues ordinaires.

C. Laurent.

Recherches pratiques *sur la Fièvre jaune;* par A.-J. Dariste, docteur en médecine, etc. (1)

Tel est le titre d'un ouvrage consacré à nous entretenir d'une maladie sur laquelle on a déjà beaucoup écrit. M. Dariste va-t-il nous apprendre quelque chose que nous ne sachions pas encore? Il serait difficile de s'en persuaduer, lorsqu'il nous prévient lui-même, dès l'introduction de son livre, que dans *les climats brûlans où il a pratiqué, la privation des moyens d'instruction l'a rendu incapable de cultiver la littérature médicale.* Que vient-il donc offrir à ses confrères? *Le résultat de sa pratique de trente années à la Martinique.* Mais que peut-on écrire d'utile sur la fièvre jaune aujourd'hui, lorsqu'on ignore ce qui a été écrit déjà? ou bien comment a-t-on pu recueillir des faits, si l'on n'avait pour guide quelques idées préliminaires? et à quelles conséquences a-t-on pu s'arrêter, lorsque après avoir traité un grand nombre de malades, on n'a pas, ou presque pas complété les observations cliniques par les recherches de l'autopsie cadavérique, ainsi que cela est arrivé à M. Dariste? Cependant *il a pris la plume sous la dictée de l'expérience, et il soumet ses travaux et ses pensées au jugement du public.* Il est à craindre qu'un tel ouvrage ne montre bien plutôt une sorte de vanité à laquelle résistent bien peu des médecins ou des chirurgiens qui ont pratiqué en Amérique. La plupart, de retour en Europe, s'imaginent que c'est pour eux un devoir de

(1) Un volume in-8°. de 300 pages. Paris, 1825.

nous raconter ce qu'ils ont vu bien ou mal, persuadés d'avance qu'on les applaudira, parce qu'on ne peut nier formellement ce qu'ils avancent. Hélas! combien peu d'hommes voient bien, et combien peu encore, s'abstenant de mettre à contribution leurs précurseurs dans la carrière, savent tirer de leur propre fond la série d'idées neuves et bien coordonnées dont un livre doit se composer pour être lu avec intérêt!

On doit s'étonner surtout de voir la plupart des médecins qui reviennent d'Amérique prendre un ton décisif dans les discussions qui occupent les savans en Europe, et sur lesquelles les Facultés et les Académies n'osent se prononcer. Tel a été M. Dariste, qui, ayant à peine soupçonné pendant son séjour à la Martinique, que la fièvre jaune fut comptée parmi les maladies contagieuses, *a vu avec étonnement, à son retour en Europe, que cette question s'agitait avec chaleur et était un sujet continuel de controverse parmi les médecins les plus recommandables.* Si, pendant ses trente années d'observations, ce médecin ne s'est pas occupé de cette funeste propriété de la fièvre jaune, quels faits a-t-il pu recueillir pour ou contre, et de quelle valeur son opinion, à cet égard, peut-elle être aux yeux des hommes sages? N'est-il pas probable, au contraire, que s'il eût cultivé la littérature médicale, connaissant le danger de la communication de la fièvre jaune, il aurait pu en préserver beaucoup d'individus qui, sans doute, n'ont pas été heureux de son inexpérience sur ce point important. D'après cela, on peut apprécier ce qu'il écrit contre la contagion; et voilà pourquoi aussi nous ne nous étendrons pas davantage sur ce que son livre renferme touchant cette question.

L'auteur a traité également de la cause de la fièvre jaune, qu'il rapporte, 1°. à la chaleur; 2°. à une disposition atmosphérique occulte; 3°. à l'insalubrité des lieux; 4°, à l'idiosyncrasie des sujets, et *il tient pour une vérité qu'on ne peut révoquer en doute, que la maladie est épidémique.* Cependant, après avoir dit quelques mots sur la chaleur, et parlé vaguement sur la disposition atmosphérique *occulte*, comme on le fait ordinairement sur tout ce qui est *occulte*, il s'occupe de l'insalubrité des lieux, qu'il considère comme indispensable, « 1°. parce qu'aux Antilles, comme dans l'Amé- » rique du nord, la maladie ne porte guère ses ravages » que dans les villes où il y a des mouillages, et, par » conséquent, des navires et des matelots; 2°. parce » que, quels que soient les ravages que la maladie exerce » dans les villes, elle y est toujours circonscrite, malgré » la liberté des communications, circonstance qui prouve » irrévocablement qu'elle n'est pas susceptible d'être » transportée; 3°. que les ravages de la fièvre jaune sont » d'autant plus forts, que les bâtimens d'où elle part sont » tenus plus malproprement, et alors la maladie n'a d'au- » tres limites que la sphère d'activité des émanations » qui proviennent de ces navires et qui s'étendent au » loin, toutefois en s'affaiblissant à mesure qu'elles s'é- » loignent de leur source. » Page 33. Il est à remarquer non-seulement que l'auteur ne donne presque rien aux causes locales indigènes pour la génération de la maladie, mais encore qu'il y a, dans ce que je viens de transcrire, un assemblage assez bizarre d'idées, et la preuve trop manifeste que M. Dariste est bien peu logicien.

Pour s'en convaincre il suffit de considérer, qu'en supposant l'intervention active des causes *occultes* de l'at-

mosphère pour la production de la maladie, on ne peut accorder que cette influence soit bornée à l'enceinte d'une ville, cette ville fût-elle aussi grande que Paris, et il n'y en a point de semblable en Amérique; mais en disant aussi que le concours des navires et des matelots est nécessaire pour que la maladie fasse ses ravages dans un pays quel qu'il soit, n'est-ce pas dire encore que c'est à une cause qui appartient aux navires eux-mêmes que l'on doit attribuer cette maladie, et non point à l'atmosphère? L'auteur estime certaines causes locales bien circonscrites d'autant plus nécessaires, qu'il avoue, page 33 : « Que quoique la *chaleur* et la disposi-» tion *atmosphérique occulte* occupent un grand espace » dans l'atmosphère, cependant elles ne peuvent pas être » considérées comme les seules causes du développement » d'une maladie dont les limites sont resserrées. Il faut » donc, poursuit-il, que la fièvre jaune reconnaisse en-» core comme cause nécessaire à son existence, des » effluves dont la sphère d'activité ne s'étend pas fort » loin. » Or, nous le savons déjà par M. Dariste, en l'absence des navires il n'y a point de fièvre jaune, quelle que soit la chaleur et la disposition *occulte* de l'atmosphère, et en cela l'auteur est d'accord avec les médecins des Etats-Unis. Cette cause, tirée des navires, est d'autant mieux avouée par lui-même, qu'il assure que la maladie *n'a d'autres limites que la sphère d'activité des émanations qui proviennent de ces navires.* Or, c'est dire, en d'autres mots, que c'est dans ces mêmes navires que réside le foyer générateur; que c'est de là que sortent les élémens de la maladie, et que de là ils se répandent dans le voisinage, constituant ainsi une atmosphère accidentelle et limitée, absolument étrangère à

ce qu'on entend ordinairement par l'atmosphère des lieux, des contrées, etc. Mais il n'y a rien d'*occulte* dans cette atmosphère accidentelle et limitée; M. Dariste le prouve sans s'en douter; c'est aux émanations délétères qui sortent des navires qu'on doit attribuer la fièvre jaune, c'est-à-dire à l'infection des bâtimens; et voilà l'origine du *typhus nautique*, ou fièvre jaune, sur lequel j'ai donné déjà plusieurs Mémoires, que M. Dariste connaissait avant de faire imprimer son ouvrage, et qu'il n'approuve pas (1).

(1) Je laisse M. Dariste entièrement libre d'avoir sur mes écrits telle ou telle opinion; mais je ne puis passer sous silence ce qu'il dit page XVIII de l'Introduction, que M. Jourdain, l'un des médecins que Son Exc. le ministre de la guerre envoya au Port-du-Passage en 1823, avait eu le premier l'idée que la fièvre jaune a pour cause l'infection que la traite des noirs laisse dans les navires qui servent à ce commerce; et il a ajouté, *que m'étant emparé de cette idée, je lui ai donné une plus grande extension*. M. Dariste était mal informé lorsqu'il a écrit ces lignes, et je suis persuadé qu'il n'a pas été autorisé à cela par M. Jourdain, qui, sans doute, ne l'approuve pas; car M. Jourdain ne désavouera pas, j'ose l'assurer, qu'il a trouvé l'idée en question dans un rapport que j'adressai au gouvernement; elle y était exprimée en ces termes: *Il n'y a qu'une voix sur son origine* (la fièvre jaune du Port-du-Passage); *elle a été introduite dans le pays par le navire* le Donostiarra. *Ce navire venait de la Havane, et avant ce dernier voyage il avait fait la traite des noirs; deux circonstances qui se réunissaient dans les navires qui apportèrent la fièvre jaune à Barcelone en* 1821. Ce rapport est au ministère; il est du 22 septembre, et fut envoyé en triple expédition, 1°. à Son Exc. le ministre de la guerre; 2°. à Son Exc. le maréchal de Lauriston, commandant le 5e. corps en Espagne; 3°. à M. Rampon, médecin en chef de l'armée, au quartier-général de S. A. R. le prince généralissime. J'exerçais alors, comme médecin principal du 5e. corps, qui occupait la Biscaye et la Navarre. Or, M. Jourdain, qui n'arriva au Port-du-Passage que le 1er octobre, ne pouvait connaître, avant le 22 septembre, ce qui était relatif à la maladie qui régna dans ce lieu, et ne put, par conséquent, me suggérer une idée que j'avais consignée dans un rapport officiel, avant

Pour le convertir aux idées nouvelles que j'ai publiées, je ne saurais mieux faire que de lui rappeler ses propres expressions. « On a, dit-il, des exemples que » la fièvre jaune se déclare en pleine mer à bord des » navires où il existe des causes d'insalubrité locale qui » n'attendent que le concours des causes atmosphéri- » ques.... Il se rencontre quelquefois des navires telle- » ment infectés, que tous ceux qui les montent sont » atteints de la fièvre jaune plus promptement et plus » violemment, s'ils se tiennent à l'intérieur, que s'ils » restent sur le pont. » Page 34. On dirait que ces lignes ont été extraites de mes Mémoires, tant elles concordent avec ma manière de penser. Oui, la fièvre jaune, ou *typhus nautique*, peut se développer en pleine mer sur un bâtiment qui renferme un foyer d'infection tel que celui que la traite des noirs, par exemple, y aura introduit; et, pour cela, il ne faut pas le concours des agens ou des causes atmosphériques propres à tel ou à tel autre pays; il suffit d'une seule de ces causes, de la chaleur, qui est aussi la seule qu'on trouve en pleine mer.

C'est donc par ses propres expressions qu'on peut prouver à M. Dariste que les causes *locales terrestres* ou indigènes sont nulles pour produire la fièvre jaune

---

même qu'il n'eût reçu l'ordre de venir se compter parmi mes collaborateurs contre la fièvre jaune en question. Il eut connaissance de ce rapport, dont je lui permis la lecture, le lendemain de la levée du cordon, le 19 octobre, jour où il se rendit auprès de moi à Saint-Sébastien pour y recevoir des ordres ultérieurs sur sa mission. Voilà ce que j'ai cru devoir dire aujourd'hui pour détruire la revendication que M. Dariste a faite en faveur de ce médecin. S'il arrivait que celui-ci réclamât erronnellement, alors j'entrerais dans d'autres détails.

AUDOUARD.

dans quelque pays que ce soit ; que cette maladie vient des causes *locales navales*, c'est-à-dire de l'infection de certains bâtimens, source d'émanations d'autant plus abondantes et plus délétères, que le foyer d'infection est plus considérable, qu'il est plus immédiatement atteint par la chaleur de l'atmosphère, et que cette chaleur est plus grande. En voilà assez, je pense, pour que la cause de la fièvre jaune, jusqu'à ce jour *occulte* pour M. Dariste, lui paraisse un peu plus évidente. Toutefois, je lui sais gré d'avoir exprimé aussi clairement qu'il l'a fait, son opinion sur la nécessité du concours des navires et des matelots pour la production de la maladie; aucun des médecins venus d'Amérique n'avait écrit encore des choses aussi positives à cet égard, et personne, par conséquent, ne s'était rapproché, autant que lui, des idées nouvelles que j'ai publiées.

Reconnaissant que la fièvre jaune peut se développer en pleine mer, il aurait dû ne pas s'inscrire contre l'importation de cette maladie; car s'il est possible qu'un bâtiment en souffre en pleine mer et loin des parages américains, il pourra se faire aussi que le même malheur lui arrive lorsqu'il sera en Europe. J'ai même prouvé, dans une autre occasion, qu'un bâtiment qui a un foyer d'infection à bord, est moins susceptible d'avoir la fièvre jaune en pleine mer que lorsqu'il est arrivé en Europe. Cette preuve résulte des faits que me fournirent les épidémies dernières de Barcelone et du Port-du-Passage.

Puisque M. Dariste donne une part si grande aux émanations infectes des bâtimens, et qu'en outre il assure, page 36, que les effluves marécageux, *quelle que soit leur intensité*, ne produisent pas la fièvre jaune, on pourrait croire qu'il partage l'opinion que j'ai émise

l'année dernière, s'il n'avait eu la précaution de dire, *que cette opinion ne peut être soutenue sérieusement*, *parce que*, poursuit-il, *il y a beaucoup de régions de même température que les Antilles, telles que les îles de France et de Bourbon, qui ont reçu pendant des siècles des bâtimens négriers, sans que la fièvre jaune y ait jamais pénétré.* On doit croire à ce raisonnement, à-peu-près commē on pourrait le faire de celui-ci : il y a des malades dans tous les hôpitaux, cependant le typhus nosocomial ne se montre pas dans tous, par conséquent les malades ne peuvent être cause de cette espèce de typhus. La raison dit, au contraire, que si on laisse établir un foyer d'infection dans un hôpital ou dans un bâtiment négrier, il y aura le typhus nosocomial dans l'un, et le typhus nautique dans l'autre. Or, tous les hôpitaux, de même que tous les bâtimens négriers, ne contiennent pas ce foyer d'infection capable d'engendrer la maladie qui est propre à chacun de ces lieux; et s'il n'est arrivé aux îles de France et de Bourbon aucun navire porteur d'un tel foyer, il n'y a point à s'étonner que la fièvre jaune ne s'y soit point manifestée; mais ce n'est pas une raison pour assurer qu'elle n'y sera pas introduite un jour par ce moyen. Il y a à peine quelques années qu'on aurait raisonné sur Barcelone et sur le Port du Passage comme le fait M. Dariste sur les pays placés entre l'Afrique et l'Asie; mais aujourd'hui l'on sait dans les deux ports européens que je viens de citer, que la cause de la fièvre jaune y a été apportée par des navires qui avaient servi à faire la traite des noirs, et la raison que donne M. Dariste n'y ferait pas fortune.

La fièvre jaune est devenue très-rare aux États-Unis depuis qu'on n'y fait plus ce commerce, et M. Dariste

attribue cela aux mesures prises par le gouvernement local pour détruire les foyers d'infection qui appartiennent au pays. En traçant ces mots il a oublié, sans doute, qu'il a dit dans plusieurs endroits de son livre, qu'on ne voit la fièvre jaune que dans les villes où il y des mouillages, et par conséquent des navires et des matelots : il a oublié encore qu'il a écrit que les effluves marécageux ne contribuent point à la production de cette maladie, mais bien l'infection qui s'établit dans la cale des navires, et qu'*un vaisseau qui fait beaucoup d'eau, et dont la pompe joue sans cesse, est rarement infecté.* A l'appui de cette dernière assertion il rapporte, d'après Poupée-Desportes, « que la fièvre jaune exer» çant de grands ravages sur une escadre qui était » mouillée dans les eaux de Saint-Domingue, un seul » vaisseau se trouva exempt, parce qu'il faisait eau et » qu'il fallait pomper presque continuellement. » Je ne pense pas que la pompe qui s'exerçait à fond de cale, préservât ce navire de la *chaleur du climat*, *de la disposition atmosphérique occulte*, *ni de l'insalubrité des lieux*, qui étaient probablement tout aussi actives contre ce navire que contre ceux qui ne furent pas épargnés par la maladie. On doit estimer, au contraire, que le premier fut redevable de l'immunité dont il jouit, à la voie d'eau qui, lavant continuellement la cale, détruisait l'infection que plusieurs causes tendent à établir dans cette partie des navires dans les pays chauds. (1).

(1) Dans les Mémoires que je publiai l'année dernière dans ce journal, je ne considérai point la traite comme la seule cause occasionelle de la fièvre jaune, mais bien comme la plus fréquente, la plus probable et la mieux constatée jusqu'à ce jour par les faits. Si d'autres circonstances introduisaient dans les navires une infection

Si je suivais M. Dariste dans ce qu'il a écrit sur la nature de la fièvre jaune, sur la symptomatologie et sur le traitement, j'aurais à passer en revue des idées qui sont consignées dans tous les livres qui traitent de ces mêmes sujets. Le sien, sur ces trois points, n'est qu'un extrait des ouvrages qui ont paru dans ces derniers temps : on s'en persuade d'autant plus, qu'il considère la maladie comme une affection des membranes muqueuses caractérisée par une *exhalation de sang* particulière à ces membranes ; mais, attendu qu'il n'a fait qu'une ou deux ouvertures de cadavres, il n'a pu, par lui-même, se donner raison de ce phénomène morbide. C'est une donnée pathologique dont j'ai parlé le premier dans *ma Relation sur la Fièvre jaune de Barcelone* ; j'ai dit que ce phénomène caractérise la maladie, et je l'ai prouvé par des faits nombreux. M. Dariste, qui réclame la priorité de certaines idées nouvelles en faveur des autres, voudra bien permettre que je réclame celle-ci pour moi : j'ai publié cette idée en 1822, et il paraît qu'elle a mérité quelque créance, puisqu'on la retrouve dans un ouvrage que donnèrent, en 1823, trois médecins qui étaient à Barcelone en même-temps que moi. Je ne sache pas qu'il en eût été question auparavant ; s'il en était autrement, je saurais un gré infini à M. Dariste de me l'apprendre.

Je terminerai l'examen de son livre en déplorant que, pendant ses trente années d'expérience à la Martinique,

---

semblable à celle que le séjour des nègres y laisse, il en résulterait nécessairement une maladie semblable. C'est parce que cette idée était bien présente à mon esprit lorsque je publiai mes Mémoires, que je donnai à la fièvre jaune le nom de *typhus nautique*, et non pas celui de *typhus des nègres*.

ce médecin n'ait pas soupçonné que dans les pays où il exerçait, il y a, comme dans tous ceux qui sont dans des conditions atmosphériques extraordinaires, des maladies qu'on doit attribuer à l'atmosphère ou à l'état particulier des lieux, et d'autres qui sont purement accidentelles, comme, par exemple, celles qui sortent des navires. La peste de Marseille, de 1720, doit être comprise parmi ces dernières. Au reste, M. Dariste a commis en cela une erreur qu'il partage avec beaucoup de médecins de l'un et de l'autre continent; car, parmi ceux qui pratiquent sur les bords des Marais Pontins, il en est qui ont écrit qu'ils y ont vu la fièvre jaune, parce que les maladies de ce pays ont quelque analogie avec celle-ci. Je l'ai écrit moi-même, lorsque j'ai rapporté les résultats de ma pratique à Rome et à Venise; mais j'ai été bien désabusé par la fièvre jaune de Barcelone, et alors j'ai avoué que celle-ci ne ressemblait point aux maladies que j'avais vues en Italie. A Barcelone même, dès les premiers temps de l'épidémie, des médecins distingués assuraient que ce qu'ils appellèrent plus tard fièvre jaune, n'était qu'une fièvre rémittente du pays. Si des hommes qui avaient pour eux une longue expérience et des connaissances littéraires assez étendues, se sont trompés, il ne faut point s'étonner que M. Dariste se soit trompé aussi, et qu'il ait confondu dans une même acception les maladies qui sont véritablement endémiques en Amérique, avec celle qui, selon sa propre opinion, qui est aussi la mienne, sort toujours des navires, indispensables eux-mêmes pour sa production. C'est bien celle-ci sur laquelle j'ai écrit l'année dernière dans ce journal, et que j'ai appelée *typhus nautique;* c'est celle qui régna à Barcelone et au Port du Passage, et

celle que des bâtimens infects peuvent introduire dans tous les ports où ils se rendent, pourvu que ce soit dans un pays où la température soit assez chaude pour dégager du foyer d'infection que ces bâtimens renferment, *les émanations qui en proviennent, et qui s'étendent au loin toujours en s'affaiblissant à mesure qu'elles s'éloignent de leur source*, comme l'auteur l'assure, page 34; mais ce n'est pas là, et ce ne peut être là la maladie qui dépend du climat américain.

C'est pour n'avoir pas fait cette distinction, que M. Daristo a écrit un livre qui n'ajoute rien à ce que nous savions sur la fièvre jaune; mais aujourd'hui qu'il a pu acquérir les connaissances littéraires qui lui manquaient, il fera bien, je crois, de retourner en Amérique pour y reprendre le cours de ses observations. Après quoi, écrivant de nouveau *sous la dictée de l'expérience*, il pourra espérer de faire un livre utile. Il est à désirer surtout qu'il ne perde pas de vue cette donnée qui répond à beaucoup d'objections, et qui devient elle-même une objection très-grande à laquelle, seul encore, j'ai essayé de répondre, savoir : que la fièvre jaune est une maladie qui ne date guère que d'un siècle et demi dans les fastes de la médecine; or, pour qu'il y ait eu une maladie nouvelle, il a fallu une cause nouvelle, et cette cause, je l'ai trouvée dans la traite des noirs considérée comme introduisant dans quelques navires le foyer d'une infection très-grande. Ce que je pourrais ajouter sur cet important sujet étant suffisamment exposé dans les mémoires que j'ai publiés dans ce journal, je crois pouvoir me dispenser d'entrer ici dans de plus longs détails.

AUDOUARD.

III°. MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

COUP-D'ŒIL *sur les changemens pathologiques que présentent le globe de l'œil et ses membranes pendant le cours de l'ophthalmie des nouveau-nés;* par le docteur F. A. AMMON, médecin à Dresde. (Extrait des *Annales de la Littérature Médicale,* publiées par le professeur HECKER, de Berlin, cahier de février 1825.)

> Discrimen est in hoc ophthalmiæ genere si exteriores tunicæ laborant, vel si aliæ quæ intùs in oculo sunt inflammantur.
>
> ZACH. PLATORERI, *Instit. Chirurg.,* §. 275.

Les observations de la plupart des médecins qui ont écrit sur l'ophthalmie des nouveau-nés s'accordent en ce qu'elles nous représentent cette redoutable maladie comme ne s'étendant pas au-delà des paupières, de leur membrane muqueuse, et des cryptes glanduleux dont cette dernière est parsemée. Selon ces auteurs, le globe même de l'œil serait alors rarement affecté. Quelques praticiens modernes qui se sont occupés de ce sujet, et parmi lesquels nous distinguerons Saunders, dirigeant leur attention sur les phénomènes dont le globe de l'œil est le siége pendant le cours de l'ophthalmie, se sont bornés à indiquer la tendance de cette affection à déterminer la mortification et la chute de quelques lamelles de la cornée; mais ils n'ont fait aucune mention de l'état des membranes internes de l'œil. Peut-être les occasions leur manquaient-elles pour constater par de nombreuses au-

topsies cadavériques des phénomènes que l'opacité des parties superficielles enflammées permettait à peine de soupçonner pendant la vie. D'ailleurs, combien de difficultés n'accompagnent pas un examen anatomico-pathologique approfondi du globe de l'œil !

Pendant son séjour à Paris, en 1822, M. Ammon obtint de la complaisance de M. Breschet la facilité d'observer avec soin, à l'hospice des Enfans-Trouvés, l'ophthalmie des nouveau-nés, qui y était très-commune à cette époque. Un grand nombre d'enfans qui avaient succombé pendant les diverses périodes de cette maladie furent l'objet des recherches anatomico-pathologiques de l'auteur, qui publie aujourd'hui le résultat de ses travaux, se réservant de traiter dans un ouvrage spécial des conséquences qu'on peut en déduire par rapport à la thérapeutique.

Le docteur Ammon a observé que dans plusieurs cas d'ophthalmies des nouveau-nés, la cornée conserve sa transparence et sa netteté, tandis que les parties de l'œil qui l'environnent sont recouvertes d'ulcérations granuleuses. La portion de la conjonctive qui la tapisse vient-elle à s'enflammer, on y voit une foule de rameaux vasculaires qui se dirigent vers son centre. Le nombre de ces vaisseaux augmente avec une incroyable rapidité, et fort peu de temps après, l'exudation s'établit; celle-ci, dont la matière varie, est plus fréquente à la face interne de la conjonctive cornéenne qu'à sa face externe. La production d'une lymphe coagulable, et quelquefois d'un véritable pus, qui a lieu entre cette dernière membrane et la cornée, explique les conséquences morbides et les altérations de tissu qui suivent l'ophthalmie; de ce nombre sont : les tayes, l'albugo, la destruction de

plusieurs et même de toutes les lames de la cornée, destruction qui est suivie de l'atrophie de l'œil. L'apparition de cette multitude de petits vaisseaux qui n'admettent pas de sang rouge dans les circonstances ordinaires, n'a pas lieu seulement sur la face interne de la conjonctive, mais encore sur la sclérotique jusqu'au nerf optique. Les ramuscules dont nous parlons, rampent en serpentant, d'abord dans les couches très-minces de tissu cellulaire qui unissent la conjonctive à la sclérotique, puis sur cette dernière elle-même. Ils s'entrelacent quelquefois de diverses manières autour du nerf optique à son entrée dans l'orbite. Nous observerons, en passant, que le tissu cellulaire qui tapisse celui-ci, est fortement injecté chez les sujets atteints d'ophthalmie, et que les glandes lacrymales sont ordinairement saines.

Si les vaisseaux qu'on rencontre sur la surface externe de la sclérotique sont nombreux, ceux qui rampent sur la surface interne le sont bien plus encore. M. Ammon les a trouvés si multipliés dans le cas où la maladie avait été très-intense, qu'ils formaient une sorte de réseaux membraneux. Les premiers rameaux de celui-ci partaient tous d'un même point et se déployaient ensuite circulairement; on voyait sans peine, au moyen du microscope, qu'un gros rameau vasculaire de la surface interne de la sclérotique s'anastomosait avec les ramuscules de la face externe, au moyen d'un petit vaisseau qui traversait cette membrane. L'auteur a réussi maintes fois, même sans beaucoup de peine, à séparer le réseau membraneux dont nous parlons, de la surface interne de la sclérotique. Dans cet état il offrait l'apparence d'un caillot de sang; mais il était aisé de distin-

guer, à l'aide du microscope, chaque vaisseau qui concourait à le former; il conservait, d'ailleurs, après avoir séjourné plus de huit jours dans l'eau, sa consistance membraneuse et une couleur très-foncée: une longue macération parvenait seule à le dissoudre. On ne peut donc voir dans ceci une couche de sang épanché et coagulé entre la sclérotique et la choroïde. En admettant même que les productions dont il s'agit ne fussent autre chose que le tissu cellulaire qui unit ces deux membranes (bien que la facilité avec laquelle on les sépare de ces dernières soit contraire à cette opinion), la couleur rouge et l'injection remarquable des vaisseaux n'en demeurent pas moins un phénomène pathologique très-important.

La face postérieure de la cornée, examinée attentivement par M. Ammon, offrait divers changemens dans la situation de ses lames. Celles-ci étaient constamment ramollies, au point de pouvoir être séparées avec la plus grande facilité. Aussi la membrane dont nous parlons était-elle fréquemment le siége d'une injection sanguine qu'une macération prolongée parvenait seule à faire disparaître. Toutefois, observe ici l'auteur, il importe de dire que la coloration en rouge n'existait que lorsque la cornée n'était le siége ni d'une mortification partielle, ni de suppuration. Les perforations observées quelquefois dans cette membrane étaient rondes, et le segment qui manquait paraissait avoir été enlevé par l'instrument le mieux affilé, tant les bords de la solution de continuité étaient lisses.

On trouvait entre la face interne de la choroïde et la face interne de la rétine un lacis de vaisseaux semblable à celui qui a été décrit précédemment. Dans

ce cas la choroïde, qui, comme on le sait, est très-vasculaire chez le fœtus et le nouveau-né, offrait une foule de petits vaisseaux, qui marchaient parallèlement à ses *stries* (1), et ne s'étendaient pas au-delà du corps ciliaire. Il était facile de distinguer sur ce dernier une couronne de vaisseaux dont les ramuscules se portaient sur l'uvée jusqu'au bord pupillaire, de manière à recouvrir celle ci.

M. Ammon a souvent vu des sugillations plus ou moins profondes sur la face interne de la choroïde. Il dit n'avoir jamais pu découvrir une inflammation véritable de cette membrane ; « car, ajoute-t-il, le développement de de son système sanguin ne m'a pas paru, chez les enfans affectés d'ophthalmie, supérieur à ce qu'il est chez ceux dont l'œil ne présente aucune trace de cette maladie. Les observations de plusieurs médecins, tels que Brendel, ancien professeur de Gottingue, Petit et M. Breschet, prouvent combien la choroïde est riche en vaisseaux sanguins, dans l'état d'intégrité de l'œil. L'auteur n'a jamais observé que cette membrane offrît soit une exudation lymphatique, soit la moindre trace de suppuration, soit enfin un léger épaississement ou une altération organique quelconque.

La coloration rougeâtre de la rétine ne saurait être regardée, dit M. Ammon, comme un phénomène pathologique, puisqu'elle se retrouve chez des sujets qui ne présentent aucune apparence d'ophthalmie.

Quant à ce qui concerne l'état de l'humeur vitrée, du crystallin et de leurs enveloppes, pendant l'ophthalmie,

(1) L'auteur entend sans doute, sous cette dénomination, les *vasa verticosa*.

voici les résultats des recherches de M. Ammon : L'hyaloïde est souvent d'un rouge vif. Pour être certain que ce phénomène ne résultait pas d'une illusion d'optique, ce médecin plaça dans l'eau froide, avec les plus grandes précautions, le corps vitré encore adhérent au crystallin, et le laissa pendant plusieurs jours dans ce liquide; ce corps ne perdit ni sa couleur ni sa transparence; mais, enfin, la macération prolongée détermina l'opacité de l'hyaloïde, qui devint alors incolore. On voyait souvent une multitude de vaisseaux à la partie postérieure du corps vitré; la capsule crystalline participait toujours à la coloration en rouge de ce dernier. « Ce fait est d'autant plus remarquable, dit M. Ammon, que les altérations organiques qui nuisent à la transparence du crystallin, ne s'étendent ordinairement pas aux parties voisines de ce corps, et que celles qui agissent de même à l'égard de l'hyaloïde, s'arrêtent également à cette dernière. »

Quant au crystallin lui-même, l'auteur l'a trouvé tantôt transparent et un peu rouge, tantôt opaque, d'un blanc brillant, et présentant, environné de sa capsule, un aspect particulier. L'humeur de Morgagni n'offrait rien de bien déterminé. « Maintenant, poursuit M. Ammon, il est naturel de se demander d'où vient la rougeur de l'hyaloïde et de la capsule crystalline ? Reconnaît-elle pour cause l'inflammation ou le contact de ces parties membraneuses avec les ecchymoses dont il a été question plus haut? l'attribuera-t-on au travail de développement de l'œil du fœtus et du nouveau-né? enfin, ne serait-elle qu'un phénomène cadavérique? »

« Je n'ai qu'une raison bien foible de m'arrêter à la

première hypothèse, la voici : j'ai trouvé dans un œil atrophié par suite d'une ophthalmie, le corps vitré converti en une masse granuleuse, offrant plusieurs points en suppuration, et un développement considérable de son lacis vasculaire ; quelques parties de cet organe étaient rouges et encore transparentes. En échange, je n'ai jamais trouvé, même dans les cas où la conjonctive et la cornée avaient subi une profonde désorganisation à la suite de leur phlegmasie, ni exudation lymphatique ou purulente, ni épaississement de l'hyaloïde. Cette membrane n'est comparable à aucune autre, et l'analogie ne peut rien nous apprendre sous le rapport de ses états physiologiques et pathologiques ; par conséquent, les signes pathognomoniques de son inflammation ne nous sont pas assez connus pour qu'il soit en notre pouvoir de résoudre la question dont il s'agit. La seconde hypothèse, celle qui tendrait à faire regarder la coloration de l'hyaloïde et de la capsule crystalline comme le résultat d'une absorption de la partie colorante du sang extravasé, avec lequel ces membranes sont en contact, n'est pas plus fondée que la précédente. Il est beaucoup plus vraisemblable que la coloration dont je parle, dépend du travail nécessaire au développement de l'œil du fœtus et du nouveau-né. Plusieurs anatomistes ont observé ce phénomène avant nous, l'organe étant d'ailleurs parfaitement sain. Toutefois on ne saurait nier, et les expériences de plusieurs auteurs modernes tendent à l'établir, que des congestions sanguines vers la tête peuvent déterminer la rougeur du crystallin, même chez les adultes, et que cette couleur, qui ne nuit pas toujours à l'intégrité de la vision, doit être regardée comme un

phénomène pathologique. On lit dans un journal de médecine, publié en Russie (1), que l'usage réitéré des vomitifs ayant déterminé la coloration en rouge du crystallin, la vue du malade n'éprouva aucune altération. Nous n'avons jamais vu que le corps vitré eût conservé sa couleur naturelle chez les enfans nouveau-nés affectés d'ophthalmie : ce fait reconnaît sans doute aussi pour cause la congestion sanguine prolongée qui avait existé vers l'organe malade. Ajoutons que dans tous les yeux dont le corps vitré présentait de la rougeur, l'enduit noir qui recouvre la choroïde se trouvait en petite quantité, et très-peu adhérent à cette membrane, tandis que le contraire s'observait dans les cas opposés. Pour ce qui concerne la quatrième hypothèse, celle qui ferait regarder la coloration du corps vitré et de la capsule crystalline comme un phénomène cadavérique, l'auteur du travail que nous analysons, se borne à faire sentir qu'elle ne peut reposer sur l'impossibilité de distinguer cette coloration pendant la vie; car la pupille des nouveau-nés est ordinairement si petite, qu'elle ne permet pas d'apercevoir le crystallin.

— *Observations sur les effets du Colchique et du Tartrate antimonié de potasse;* par M. le docteur LOCHER-BALBER, de Zurich. (Extraites *des Annales de littérature Médicale*, de HECKER.)

I. *Colchique.* Le colchique fut employé à une époque très-antérieure à la nôtre; rendu dernièrement à la thérapeutique, on a beaucoup vanté son action dans les affec-

(1) *Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde, von einer Gesellschaft*, etc. Pétersbourg, 1821, 1re. Livr., pag. 132.

tions rhumatismales. Dans ces derniers temps, M. Pitschaft a recueilli et publié dans *le Journal de Hufeland* les opinions de quelques auteurs anciens sur la vertu antiarthritique de la plante dont nous parlons. Les principales expériences sur ce sujet ont été faites par les Anglais. Armstrong dit qu'aucun moyen ne lui a mieux réussi dans les rhumatismes aigus que la teinture suivante administrée à la dose d'un gros matin et soir.

℞ Bulbes de colchique recueillies au commencement de l'été. . . . . ℥ ij.
Faites digérer pendant quatorze jours dans alcool rectifié. . . . . ℥ jv.

« Dans tous les cas d'arthritis que j'ai observés, dit H. Bart, la maladie a cédé à une prise de soixante gouttes d'un vin de colchique, composé avec deux livres de bulbes de cette plante recueillies à la fin du mois d'août, et qu'on fait digérer pendant six jours dans deux livres de vin. » Battley pense que la récolte des bulbes doit être faite avant la floraison de la plante, dans les mois de juillet et d'août. Cet auteur veut qu'on coupe l'oignon de colchique par tranches, et qu'on fasse sécher celles-ci à une température de 170° à 180° Farenh. On trouve consignés dans *le Journal de Hufeland* (septembre 1822), les nombreux exemples des succès obtenus par William, qui préfère les semences à la bulbe de la plante ; ce praticien dit avoir obtenu les mêmes résultats dans les rhumatismes chroniques que dans l'aigu, au moyen du médicament qui nous occupe, sans que ce dernier occasionât d'accidens. William veut qu'on recueille les graines quand elles offrent une couleur brune, signe de leur maturité, et qu'on ne les écrase

pas; on fait digérer deux onces de ces semences dans une livre de vin d'Espagne; cette teinture s'administre à la dose d'un gros matin et soir dans une eau aromatique. Pendant son usage, le malade doit observer un régime sévère, et éviter surtout les alimens flatueux et qui disposent à la constipation. Un anonyme rapporte, dans *le London Medical Repository*, cinq observations de guérison radicale de la goutte et du rhumatisme, après l'usage intérieur, plusieurs fois répété, de quarante gouttes à un gros et demi de vin de colchique. Bang, de Copenhague, obtint quelque avantage par ce médicament dans les mêmes affections à l'état chronique. Toutefois, on ne saurait douter que la vertu antiarthrique de ce dernier n'ait été exagérée, comme il arrive à l'égard de tous les moyens nouveaux. On lit dans la Gazette *Medico-Chirurgicale de Salzbourg* (1823, tome I, page 161), des détails moins favorables que les précédens à la renommée du colchique, et les essais peu suivis, il est vrai, qui ont été faits à l'Hôtel-Dieu de Paris, n'ajoutent pas à la confiance qu'on pourrait avoir dans ses propriétés.

M. Locher-Balber communique aujourd'hui aux lecteurs du journal de M. Hecker ses propres observations sur les effets du colchique. Ce médecin fait usage d'une teinture composée comme suit : Prenez bulbes de colchique récoltées au commencement de septembre (1), deux livres, faites infuser pendant six ou huit jours dans vingt-deux gros de vin ordinaire, avec addition

(1) On trouve ordinairement à cette époque deux bulbes adhérens l'un à l'autre; le plus âgé, qui donnera naissance à la fleur, est mou; le plus jeune, au contraire, est dur; c'est celui qu'il faut choisir pour la préparation du vin.

de deux onces d'alcool. Ce dernier empêche que le vin ne se gâte.

« Le premier exemple, dit l'auteur, ne concerne pas une des maladies précitées, mais je le rapporte comme très-propre à faire connaître le mode d'action du colchique. »

Ire. *Observation.* Un horloger, âgé de cinquante-cinq ans, qui avait joui long-temps d'une bonne santé, éprouvait de temps en temps, depuis quelques années, des douleurs arthritiques et quelques tuméfactions passagères de la main et de l'articulation fémoro-tibiale. Pendant les années 1817 et 1818, cet homme, obligé, par la disette, d'user d'une mauvaise nourriture, fut affecté d'œdème aux extrémités inférieures; ce dernier, combattu d'abord avec succès, ne disparut jamais d'une manière complète, et finit dans l'été de 1823, par acquérir un haut degré d'intensité, et par se compliquer d'ascite. La santé générale était peu troublée; l'apétit était bon, et aucune trace de désorganisation ne paraissait exister dans l'abdomen. Les purgatifs et les sudorifiques furent administrés, mais inutilement; les frictions avec la décoction de digitale réussirent en échange à provoquer la sécrétion urinaire, et, partant, à diminuer le volume des membres infiltrés et du ventre. Mais au bout de trois ou quatre jours, ces parties se tuméfièrent de nouveau, et les frictions diurétiques restèrent cette fois sans effet; leur usage fut seulement accompagné de l'apparition sur les cuisses d'une multitude de petits furoncles, qui se succédèrent pendant plusieurs mois après la cessation des moyens précités, et cédèrent à des lotions faites avec une solution de sublimé. M. Locher-Balber chercha enfin à rétablir le cours des urines

par l'emploi du colchique : la teinture alcoolique de la bulbe demeura sans effet à cet égard ; mais il n'en fut pas de même du vin (1), composé comme nous l'avons vu plus haut : le malade, après en avoir pris pendant deux jours, urina copieusement, eut des selles fréquentes et liquides, et quelques jours après des vomissemens. Le ventre et les cuisses diminuèrent de volume, et ne présentèrent bientôt plus de collection séreuse ; la dose totale de ce traitement avait été de trente-deux gros de vin de colchique, administrés par cuillerées à café dans une eau aromatique. Pendant ce temps l'appétit avait disparu, la langue s'était recouverte d'un enduit brun épais ; le malade éprouvait de l'aversion pour les alimens ; il était abattu, sans force, pouvait à peine se soutenir sur sa chaise et faisait entendre une voix couverte. Toutefois, il ne gardait le lit dans la journée que pendant quelques heures après son dîner, et se livrait encore au travail de sa profession. L'usage des amers et de quelques ferrugineux réveilla peu-à-peu l'appétit, et les forces revinrent avec lui ; dès-lors la santé générale et l'embonpoint se rétablirent de jour en jour.

IIe. *Observation.* Un jeune homme de vingt ans, très-robuste, opéré d'une cataracte à l'œil gauche, était affecté toutes les années, en automne, de douleurs rhumatismales aux extrémités. Celles-ci cessèrent, et dix semaines après l'opération dont nous venons de parler, survint une phlegmasie de l'iris avec douleur vive, rougeur du globe de l'œil et changement de couleur de la membrane enflammée.

---

(1) Nous ferons observer que le vin employé dans cette circonstance, est le vin blanc très-acide qu'on récolte dans le canton de Zurich, et qui est lui-même diurétique.

Le malade prit le vin de colchique par cuillerées à café, à la dose d'une demi-once par jour. Dès la première nuit la douleur avait presque entièrement disparu, le jour suivant elle n'existait plus, et soixante heures après, la rougeur avait tellement diminué, qu'on put cesser l'usage du médicament. L'enduit brunâtre et épais de la langue, la perte de l'appétit et la superpurgation accompagnèrent encore ici l'emploi du colchique. Dix jours après, l'inflammation de l'iris récidiva ; une once de vin de colchique suffit alors pour faire disparaître en deux jours cette phlegmasie, et détermina, comme les précédentes fois, des symptômes d'irritation gastrique.

IIIe. *Observation.* Une blanchisseuse, âgée de cinquante ans, sujette à des attaques fréquentes de rhumatisme articulaire, fut affectée d'une inflammation de l'iris; cette membrane suppura et produisit un véritable hypopyon. Depuis quinze jours cette malheureuse était en proie, pendant plusieurs heures avant le jour, à des douleurs atroces, dont le siége était toute la tête et l'œil malade : aucun moyen n'avait pu diminuer leur violence. Les vomitifs et les purgatifs, les acides minéraux, l'évacuation répétée du pus, les frictions opiacées, les vésicatoires, étaient demeurés sans succès ; à peine les cataplasmes de jusquiame avaient-ils produit quelque soulagement. Le vin de colchique fut enfin employé ; les premières prises déterminèrent les phénomènes gastriques que nous avons mentionnés, mais sans diminuer les douleurs. « Nous observerons, dit M. Locher-Balber, que la malade habitait une chambre froide, au-dessous de laquelle coule une rivière couverte tous les matins d'un brouillard épais. » Cependant, après une interrup-

tion de dix jours, le même médicament fut encore essayé, et cette fois-ci la douleur et la rougeur de l'œil diminuèrent notablement. Au bout de cinq jours, pendant lesquels la malade prit quatorze gros de vin colchique, l'usage de ce dernier fut suspendu. Les accidens gastriques s'étaient compliqués d'un besoin pressant d'uriner, avec sentiment d'ardeur dans les organes chargés de cette fonction; l'urine était excrétée fréquemment, mais en très-petite quantité chaque fois; lorsqu'on laissait reposer pendant quelques heures ce liquide dans un vase, il se prenait en gelée. Les douleurs n'acquirent pas une nouvelle intensité après la cessation de l'usage du colchique; mais la malade étant entrée à l'hôpital pour achever sa cure, il ne fut pas possible de poursuivre les essais commencés.

IVe. *Observation.* Une femme, âgée de trente à trente-cinq ans, éprouvait depuis plusieurs jours de vives douleurs de dents, survenues à la suite d'un travail qu'elle avait fait, exposée au vent et à l'humidité. Elle prit deux gros de vin de colchique dans un jour, et avec cela un gargarisme composé d'une décoction laiteuse de jusquiame et de ciguë; la malade souffrait davantage chaque fois qu'elle usait de ce dernier moyen. Il survint pendant la nuit une transpiration, à la suite de laquelle les douleurs se dissipèrent; cependant elles reparurent trois jours après plus fortes qu'auparavant; la malade éprouvait des élancemens dans les oreilles, dans les tempes et dans la mâchoire supérieure. Trois gros de vin de colchique, administrés dans un seul jour, sans aucun autre moyen concommitant produisirent un soulagement tel, qu'il restait à peine un peu de sensibilité dans la bouche; le second jour la guérison fut complète. Il n'y eut

dans ce cas ni vomissement, ni purgation, ni mal-aise, ni irritation des voies urinaires, en un mot, aucun phénomène morbide consécutif.

Ve. *Observation.* Une femme de quarante ans, sujette à l'arthritis, éprouvait depuis plusieurs jours un sentiment douloureux dans une des articulations scapulo-humérales, lorsqu'elle fut atteinte pendant la nuit de violentes douleurs dans la tête, dans les épaules et d'élancemens assez vifs dans les articulations de la main droite ; à ces symptômes locaux se joignaient un mal-aise général, un sentiment de chaleur interne et des frissons ; le pouls était cependant naturel. Deux gros de vin de colchique furent administrés le premier jour, et dès le soir tous les symptômes étaient déjà moins intenses ; on n'observait pas de nouveaux accidens : le jour suivant la guérison était parfaite. A chaque prise du médicament la malade éprouvait une sensation de chaleur dans l'estomac ; mais celle-ci se dissipait presque instantanément.

VIe. *Observation.* Un journalier, âgé de vingt-sept ans, sujet autrefois à des douleurs arthritiques à l'épaule chaque fois que le temps était humide, avait cessé d'en être affecté, malgré les pluies abondantes qui tombaient alors. Cette première maladie avait été remplacée par une ophthalmie intense avec boursoufflement de la cornée (chemosis). Les souffrances du malade s'accrurent malgré deux saignées et quelques doses de nitrate de potasse ; la tête et surtout le front étaient le siége de douleurs plus vives que celle de l'œil. Le vin de colchique fut administré à la dose de trois gros dans vingt-quatre heures, et le quatrième jour la douleur de l'œil et de la tête n'existait plus du tout ; mais l'épaule droite était de nouveau le siége d'un rhumatisme assez intense pour

empêcher les mouvemens du bras; le malade étant resté une demi-journée sans prendre le colchique, ses souffrances devinrent atroces. M. Locher-Balber prescrivit alors le vin dont il s'agit, à la dose de ℈ jj, toutes les deux heures, de manière que dans le cours de la journée le jeune homme en prit ℥ ß. Alors survinrent les vomissemens, la diarrhée, l'abattement, le mal-aise, mais en même temps une diminution notable des douleurs. Cependant l'habitation du malade étant extrêmement humide, et le disposant à des récidives continuelles, il suivit le conseil qui lui fut donné de se rendre dans un hôpital.

« Tels sont, dit l'auteur de ces essais, les cas dans lesquels j'ai bien pu observer les effets du colchique. Si l'on n'y voit pas la preuve d'une propriété remarquable de cette substance pour la guérison des affections rhumatismales, on y trouvera du moins quelques données sur son mode d'action. Il est incontestable que ce médicament agit d'une manière fâcheuse sur les organes digestifs, qu'il accroît leur activité, et augmente la sécrétion gastro-intestinale; en un mot, qu'il détermine, quand sa dose est élevée, une espèce de cholera-morbus. Son action sur le système urinaire est moins constante. Deux ou trois gros de vin de colchique peuvent être administrés dans un seul jour par petites prises, telles qu'un scrupule toutes les deux heures; de cette manière on évitera mieux les désordres de l'appareil digestif qu'en donnant la même dose moins divisée. Dans tous les cas, la cessation spontanée de ces désordres a suivi celle de l'usage du médicament qui les avait produits.

M. Locher-Balber n'ose pas se prononcer sur la ma-

nière dont on doit expliquer la guérison de l'arthritis par le colchique. Il nous paraît cependant résulter assez évidemment de ce qui précède, que cette substance détourne sur les organes avec lesquels elle se trouve en contact, l'irritation ou la phlegmasie qui affectait les parties primitivement malades.

II. *Tartre antimonié de potasse.* « Si l'on est porté à n'accueillir qu'avec circonspection et méfiance les éloges donnés à des médicamens nouveaux ou tirés de l'oubli dans lequel ils étaient tombés, on se rendrait coupable de partialité en n'accordant aucune confiance à l'opinion que plusieurs médecins partagent sur ces agens thérapeutiques ; opinion que chacun d'eux n'a adoptée qu'après avoir répété les expériences sur lesquelles elle repose ; la substance qui est l'objet de ces dernières produisît-elle des effets perturbateurs, on devrait en essayer l'usage. Tel est le cas du tartre émétique que nous avons entendu recommander de toutes parts.

Après ce court préambule et l'énumération des médecins de tous les pays, qui, dans ces derniers temps, ont vanté les propriétés du tartre stibié, M. Locher-Balber annonce qu'il a été conduit à essayer ce moyen, principalement chez les enfans, dans les affections fébriles avec phlegmasie des organes thorachiques. Ce praticien, avant de connaître la doctrine des contro-stimulistes, attribuait les guérisons rapides qui suivaient, dans quelques cas de ce genre, l'emploi de l'émétique, au vomissement des matières saburrales renfermées dans l'estomac, et il admettait alors une complication gastrique, bien que les signes de celle-ci ne fussent pas appréciables auparavant; mais après ses derniers essais

il a cru voir que le tartre stibié agissait à la manière des antiphlogistiques. Voici quelques-unes des observations qu'il a recueillies sur ce sujet.

Ire. *Observation.* « Un paysan sain et robuste, âgé de trente-cinq à quarante ans, était atteint depuis quelques jours d'une angine pharyngée, avec rougeur intense, tuméfaction et douleur, et un léger mouvement fébrile. L'usage d'une solution de quelques gros de nitrate de potasse et de quelques frictions avec un liniment, n'avait pas empêché la tuméfaction d'augmenter considérablement. Ce fut alors que je lui proscrivis une solution de nit. de pot. ℥ jj, et de tartre stib. gr. jj dans eau ℥ x, à prendre par demi-tasses toutes les demi-heures. Les premières prises furent déjà suivies d'une diminution de la douleur du col, des élancemens dans les oreilles, de la dysphagie, de la force et de la fréquence du pouls. Le malade eut plusieurs selles liquides, mais n'éprouva ni nausées ni vomissement.

IIe. *Observation.* « Un imprimeur, âgé de cinquante ans, éprouvait des élancemens très-vifs dans la poitrine, sa respiration était courte et gênée, il ne pouvait se coucher que sur le dos; le pouls plein et dur donnait 88 pulsations. Une solution de iv gr. de tartre émétique et de ℥ j de sulfate de magnésie dans ℥ x d'eau, fut prescrite à la dose d'une petite tasse toutes les demi-heures. Le malade vomit une seule fois, et eut un grand nombre de selles liquides pendant la nuit. Le lendemain matin, la poitrine paraissait libre, les élancemens étaient très-affaiblis, la respiration plus grande, le pouls souple et sans fréquence. Les genoux redevinrent le siége de douleurs rhumatismales, dont ils avaient été long-temps affectés auparavant. Une dose d'ipéca-

cuanha arrêta le dévoiement, et la poitrine fut parfaitement guérie.

III°. *Observation.* « Une femme de quarante ans était affectée d'angine pharyngée, sans fièvre, mais avec une gêne notable de la respiration. Trois grains de tartre émétique en lavage déterminèrent cinq vomissemens et trois selles. Dès le même soir la douleur était moindre, la respiration plus libre; une seconde dose de même sel administrée le second jour fut suivie de quelques évacuations et de la guérison complète. »

IV°. *Observation.* « Dans deux cas d'ophthalmie intense, dont un concerne un enfant de sept ans, l'inflammation fut promptement dissipée par l'administration de deux grains de tartre émétique en lavage, qui déterminèrent des vomissemens et des selles. »

V°. *Observation.* « Une femme assez faible, âgée de trente ans, était affectée depuis plusieurs semaines d'une inflammation de l'iris avec une telle douleur dans l'œil et dans la tête, que la malade délirait pendant la nuit; l'œil était rouge et ne supportait pas la lumière; six grains de tartre émétique dissous dans six onces d'eau déterminèrent cinq vomissemens bilieux, par suite un grand soulagement, une diminution de la chaleur et de la douleur, et plus tard quatre selles liquides. Le second jour la rougeur avait disparu. »

VI°. *Observation.* « Dans une autre circonstance l'inflammation de l'iris fut attaquée par une solution de trois grains de tartre stibié dans neuf onces d'eau, à prendre toutes les demi-heures par tasses : un premier vomissement fut suivi de la cessation des douleurs, et le second jour l'inflammation était parfaitement guérie. Le malade n'avait pris que le tiers de la solution.

» Pendant les premiers mois de l'année 1824, un grand nombre d'enfans de quatre à six ans furent affectés de bronchites intenses. Chez ces petits malades la toux était sèche, la soif considérable, la peau chaude et aride, le sommeil inquiet; le pouls offrait de 120 à 130 pulsations. Ceux d'entre ces enfans qui vomirent après avoir pris, dans l'espace d'un ou deux jours, un, deux et même trois grains de tartre émétique, dissous avec ℥ j de nitre dans ℥ jj d'eau, guérirent; dès la première nuit le sommeil était tranquille, la soif s'apaisait, la peau s'humectait et perdait de sa température; enfin le rétablissement était complet au bout de trois ou quatre jours.

Un enfant, âgé de dix ans, n'ayant pas eu de vomissement, après avoir pris trois-quarts de grain de tartre émétique, la chaleur fébrile, l'inquiétude et les autres symptômes ne cessèrent de s'accroître pendant trois jours; le quatrième, on lui fit prendre gr. jj de tartre stibié dans ℥ jj de véhicule, par cuillerées à café; il survint quelques vomissemens abondans de mucosités; la nuit suivante le sommeil était déjà tranquille, la chaleur moindre, la toux beaucoup plus rare.

Un autre enfant, âgé de trois ans, vomit très-peu après avoir pris un grain du même sel en plusieurs doses, et les symptômes restèrent les mêmes pendant les vingt-quatre heures suivantes; le troisième jour, le malade prit encore trois grains de tartre stibié, et ne vomit qu'une seule fois; cependant la fièvre et la chaleur cessèrent, et le jour suivant cet enfant sortit du lit. Son frère, plus âgé d'un an et demi, offrait les mêmes symptômes; il vomit beaucoup dès le premier jour et fut guéri le second.

« En résumé, dit M. Locher-Balber, en terminant cet article, je crois pouvoir conclure des précédentes observations et d'une foule d'autres, que j'ai recueillies sur le même sujet :

1°. Que dans beaucoup de maladies inflammatoires, exemptes de complications gastriques, le tartre émétique, administré à une dose susceptible de produire le vomissement, ne détermine aucun effet fâcheux, soit par les secousses, soit par les évacuations qui en sont le résultat ; bien plus, 2°. qu'il fournit un secours très-prompt dans plusieurs des maladies dont nous venons de parler, soit qu'on en fasse usage dès le début, ou huit jours après ce dernier, et même lorsqu'on n'a pas eu recours préalablement aux évacuations sanguines ; 3°. que pour que ce médicament produise tout son effet, il est nécessaire, dans beaucoup de cas, qu'il donne lieu à des évacuations, soit par haut, soit par bas. Il est vrai que dans quelques circonstances on ne parvient à ce résultat qu'en élevant les doses à un point capable d'inspirer de l'inquiétude. C'est ainsi que j'ai vu un enfant scrophuleux, âgé de quatorze mois, prendre d'abord trois grains de tartre émétique dans un jour, puis deux grains de ce sel avec un scrupule d'ipécacuanha dans ℥ ß de véhicule, et cela sans qu'il en résultât le moindre effet. Ce ne fut qu'après avoir administré à ce petit malade xjj gr. du premier vomitif, dissous dans ℥ j d'eau, à la dose d'une cuillerée à café toutes les deux heures, qu'on obtint quatre ou cinq vomissemens et autant de selles ; la maladie pour laquelle on avait eu recours à ce traitement était une ophthalmie, qui se dissipa aussitôt.

IV°. VARIÉTÉS.

INSTITUT ROYAL DE FRANCE.

Suite du rapport des commissaires de l'Académie sur le procédé de M. CIVIALE, *pour détruire la pierre dans la vessie.*

5°. *Observation.* — M. B***, capitaine dans le premier régiment de chasseurs, avait depuis cinq ans une pierre, pour laquelle il fut opéré à six reprises différentes, mais éloignées les unes des autres, à cause des divers accidens que renouvelaient sans cesse les imprudences du malade et les écarts du régime auquel il devait être soumis. MM. Richerand, Marc, Lullier, Winslow, Samuel Brown, Bailly, Lisfranc, Koreff, Lebreton, Laroche, Larbaud, Cloquet, témoins de cette opération, ont remarqué le peu de souffrance qu'éprouvait le malade, et la promptitude avec laquelle la pierre était saisie, broyée, retirée. M. Civiale a vu M. B*** depuis peu, il jouit de la meilleure santé. Il a repris ses forces et son embonpoint dont l'avaient privé les douleurs de la pierre et les accès de fièvre que provoquaient en outre de fréquentes indigestions. — Six séances ont été également nécessaires pour détruire deux pierres de moyenne grosseur que portait depuis quatre ans M. Desprête, de Brest. Il a été opéré en présence de MM. Demours, Vigaroux, Laurent, Gillet et Delâtre. M. Desprête, qu'un chirurgien des plus distingués avait détourné de l'emploi de cette méthode, est complètement guéri sans avoir éprouvé le moindre mouvement fébrile.

6°. *Observation.* — Une pierre du volume d'une grosse noix, que portait depuis plusieurs années M. Rémond, de Chartres, a exigé, pour sa destruction entière, sept séances, auxquelles se sont trouvés MM. Gorcy, Paul Dubois, Breschet, Deguise, Henry, Miquel, Southon. Le malade, d'une

extrême susceptibilité, n'a éprouvé, pendant son traitement, qu'un léger accès de fièvre.

II°. Section. — *Cas dans lesquels l'opération a été longue et difficile, et la guérison incertaine.* — Tous les malades ne sauraient trouver dans l'emploi de la nouvelle méthode une guérison aussi prompte et aussi facile que ceux dont il a été question dans la 1re Section. Les uns portent depuis longues années des pierres multiples ou très-volumineuses, dont la destruction exige un grand nombre de reprises. Chez plusieurs se trouvent réunies à de grosses pierres, des altérations manifestes de la vessie et des reins, accompagnées de trouble dans les fonctions, d'émissions fréquentes et douloureuses d'une urine puriforme; chez un plus petit nombre il se rencontre une extrême sensibilité de la vessie, au point que le simple cathétérisme détermine quelquefois des symptômes assez alarmans pour inspirer des inquiétudes. C'est dans ces cas que l'auteur a éprouvé quelquefois de l'incertitude. En opérant il a eu à redouter l'exaspération de l'état pathologique des organes souffrans, d'où peut résulter une terminaison funeste que l'on peut attribuer à l'opération, quand bien même elle en serait indépendante. Il eût été cruel de ne rien tenter cependant en faveur des malheureux qui se trouvent dans cette position; c'est pourquoi M. Civiale, convaincu par le raisonnement et par un assez grand nombre de succès, que l'application de la nouvelle méthode, faite avec prudence, ne diminue pas, bien qu'elle ne réussisse pas, les chances heureuses de la taille, il n'a pas craint de l'employer dans les cas douteux, toutefois en prévenant le malade de l'incertitude du succès.

Voici le résultat obtenu dans sept cas de ce genre:

7°. *Observation.* — M. Lebaigue, rue Thiroux, n°. 7, vieillard asthmatique, d'un embonpoint considérable, était depuis longues années tourmenté d'une pierre très-grosse; elle fut attaquée au mois de juillet dernier, en présence de

MM. Marc, Serres, Brown, Lair, Baillas, Sellier, etc. M. Civiale ne vint à bout de la détruire qu'après dix reprises assez prolongées, et que rendait très-pénibles le volume de l'instrument employé. Alors fut construit un lithontripteur de quatre lignes de diamètre, le plus gros dont M. Civiale se soit servi. Malgré son asthme, son embonpoint et le volume de la pierre, qui échappa plusieurs fois aux deux premières séances, M. Lebaigue obtint une guérison complète, après avoir rendu beaucoup de poussière et un grand nombre de fragmens, dont quelques-uns assez volumineux. Quatre mois après, M. Lebaigue, qui depuis long-temps éprouvait à l'hypocondre droit une douleur sourde, mais fixe et constante, fut tout-à-coup saisi de douleurs très-vives, occupant le flanc, la partie inférieure de la poitrine, la cuisse et la jambe du côté droit. Les conseils des praticiens les plus éclairés, les soins les plus assidus, ne purent empêcher la maladie de s'aggraver et de se terminer par un vaste abcès s'étendant du diaphragme à l'arcade crurale et par la mort: l'autopsie démontra le rein désorganisé, le grand lobe du foie sensiblement altéré; la vessie, dans l'état sain, ne présentait aucun vestige de la pierre.

8°. *Observation.* — De tous les malades opérés, celui dont le traitement a été le plus long, est M. C***. Le volume et le nombre de ses pierres ont exigé pour leur destruction vingt-huit séances, auxquelles ont assisté MM. Serres, Laroche, Duportail et Delâtre. Elles n'ont occasioné que deux légers accès de fièvre de quelques heures, et le malade n'a pas discontinué les occupations de son cabinet. On remarqua chez ce malade que la vessie, au lieu d'être affectée par cette introduction des instrumens, si souvent réitérée, perdait au contraire de sa sensibilité morbide, au point que l'opération devenait de moins en moins douloureuse. La même remarque a été faite postérieurement au sujet du malade dont il va être question.

9e. *Observation.* — Si l'observation précédente offre de l'intérêt sous le rapport du nombre des tentatives qui ont été faites avec succès et impunément pour les parois de la vessie, l'observation de M. Thubeuf, prêtre, curé de Nogent-le-Roi, demeurant rue Montmartre, no. 136, ne l'est pas moins à cause du nombre des pierres qui ont été retirées; il y en avait seize, les unes entières, les autres à moitié ou aux trois quarts broyées, tantôt dans la vessie, tantôt dans l'urètre; la plupart des praticiens qui ont suivi cette opération, et parmi lesquels se trouvaient MM. Richerand, Vigaroux, Deguise, Renoult, Aulagnier, Henry, pensent que les pierres de M. Thubeuf venaient des reins. Les difficultés que M. Dupuytren éprouva, m'a-t-on dit, pour trouver la pierre avec la sonde, celles que j'éprouvai moi-même avec cet instrument, le changement favorable qu'avaient acquis les urines après l'extraction des quatre premières pierres; le changement de couleur remarqué sur celles que l'on retira après une violente colique néphrétique qui avait fait suspendre l'opération pendant un mois et demi; les douleurs sourdes, mais fixes et constantes, qui se font sentir dans le rein gauche, en donnant l'idée que la plupart de ces petits calculs venaient des reins, ne laissent pas sans inquiétude sur l'état de ces organes. Cependant M. Thubeuf jouit de la meilleure santé malgré son extrême sensibilité : on lui retirait dans les derniers temps une pierre tous les deux jours, sans qu'il en éprouvât le moindre dérangement. Le traitement de M. Thubeuf a montré à M. Civiale que les engorgemens considérables de la prostate n'apportaient pas à l'emploi de sa méthode d'obstacles aussi puissans qu'il l'avait d'abord pensé.

10e. *Observation.* — M. C***, âgé de soixante-douze ans, était dans un état de faiblesse et d'épuisement qui approchait du marasme. Il portait depuis un grand nombre d'années des pierres assez volumineuses, pour la destruction

desquelles avaient eu lieu plusieurs séances, où avaient assisté MM. Montaigu, Brown, Sellier, Girardin, Barthélemi. Au moment où l'énergie vitale semblait prendre le dessus, lorsqu'il croyait toucher à sa guérison, M. C*** fut pris tout-à-coup d'une gastrite très-aiguë à laquelle il succomba en dix jours; l'autopsie, qui fut faite en l'absence de M. Civiale, démontra les traces d'une inflammation très-intense de l'estomac et des intestins. La vessie, qui contenait un très-petit fragment d'une pierre et le tiers ou le quart d'une autre, ne présenta du reste rien de remarquable; la membrane muqueuse était légèrement phlogosée, ainsi qu'on l'observe quand le malade garde très-long-temps la pierre; cette phlogose, effet de la présence de corps étrangers, se manifeste sur le vivant par des urines ammoniacales puriformes, ou au moins chargées de mucosités.

M. B*** portait également depuis plusieurs années une pierre volumineuse dans une vessie qui présentait tous les caractères d'une altération organique profonde: M. Civiale s'assura que la pierre nécessiterait pour sa destruction plusieurs reprises, que la vessie pourrait ne pas supporter; il refusa de l'opérer. M. B*** se fit tailler, mais il succomba quatre mois après des suites de l'opération, qui cependant avait été pratiquée par des mains très-exercées.

M. T*** avait une pierre dont le volume ne dépassait pas la capacité de la pince, mais il était d'une susceptibilité extrême, qui rendait très-douloureuse l'introduction de l'instrument dans la vessie. Après quelques tentatives inutiles, le malade se décida pour l'ancienne opération, dont le résultat fut très-heureux.

M. Leblanc de la Valière est encore un des malades auxquels M. Civiale a proposé la taille, non cependant comme moyen de nécessité, car avec un gros instrument il a saisi et attaqué la pierre très-volumineuse; un fragment très-considérable en a été détaché. Mais le volume de ce corps

étranger, la susceptibilité du viscère qui le contenait, et les dispositions favorables dans lesquelles se trouvait en apparence M. Leblanc pour l'ancienne opération, ont porté M. Civiale à lui conseiller la cystotomie par laquelle la guérison lui paraissait, dans ce cas, sinon certaine, du moins probable et moins éloignée que par la nouvelle méthode. Le résultat n'a pas répondu à son attente; M. Leblanc a succombé trois jours après avoir été taillé.

M. Civiale ne parle pas de quelques autres personnes qu'il a visitées dans le dernier état de désordre et de souffrance, produit par le séjour prolongé de la pierre dans la vessie; il eût été impossible de faire la moindre tentative en faveur de ces personnes, dont la situation n'exigeait qu'un traitement palliatif. Avant de terminer son mémoire, M. Civiale fait observer à l'Académie le peu d'importance de quelques inconvéniens en apparence fondés, que l'on a reprochés à la nouvelle méthode.

Il n'est nullement besoin, dit-il, de dilater l'urètre pour l'introduction des instrumens lithontripteurs dont le diamètre peut être moindre que celui des sondes ordinaires; ainsi il ne répond point aux prétendus inconvéniens attachés à cette dilatation forcée; s'il fait porter aux malades, pendant quelques heures seulement, des sondes flexibles, ce n'est que pour habituer l'urètre à la présence d'un corps étranger, hormis toutefois les cas de rétrécissement de ce canal: il faut alors détruire ces derniers par les moyens convenables, avant de pouvoir attaquer la pierre.

On a aussi beaucoup exagéré, selon M. Civiale, la longueur du traitement par le procédé dont il se sert. Voici ce qu'il répond à cette objection: deux de ses malades ont été guéris en moins d'un quart-d'heure; ils portaient l'un et l'autre, depuis quelques jours seulement, dans la vessie, un calcul du volume d'une petite noisette: l'un fut écrasé par la pince, l'autre retiré en entier. La pierre de M. Delange

avait le volume d'une petite noix, et cependant elle fut broyée en dix minutes; il est vrai qu'elle était très-friable. Lorsque la pierre est trop grosse et très-dure, il faut sans doute l'attaquer à plusieurs reprises; mais l'on tiendra peu compte de ce désavantage, en songeant qu'en général le malade, pendant qu'on le traite, ne change pour ainsi dire pas sa manière de vivre, qu'il n'observe la diète et le repos que le jour de l'opération; que le lendemain et les jours suivans il se lève, se promène, boit et mange, et vaque même à ses occupations, pourvu qu'elles soient douces; enfin que la santé la plus parfaite suit immédiatement la sortie de la dernière parcelle du calcul.

Par l'ancienne opération, au contraire, l'extraction de la pierre commence une maladie dont on ne peut prévoir les suites ni la fin, mais qui dans tous les cas fait tenir à la personne opérée, pour un temps plus ou moins long, un régime sévère, la force à un repos absolu, enfin l'expose aux hémorrhagies, à la fièvre, à divers accidens inflammatoires et nerveux, aux congestions sanguines, aux abcès, aux fistules, en un mot à tous les accidens, suites trop fréquentes et trop connues de la cystotomie.

On a exprimé des craintes relativement à la solidité du lithontripteur et à la lésion des parois vésicales; ces craintes se dissipent d'elles-mêmes, dit l'auteur, dès qu'on examine la disposition et le mécanisme des instrumens.

Quant aux inquiétudes sur la récidive produite par la présence de quelques fragmens échappés aux recherches, il suffit, continue M. Civiale, pour se convaincre combien elles sont dénuées de fondement, de considérer la disposition des pinces, soit à deux, soit à trois branches, avec lesquelles on a souvent vu retirer de la vessie, après l'opération, jusqu'à la poussière la plus ténue; de se rappeler l'aptitude de l'urètre à donner passage aux détritus et même à des fragmens assez volumineux; de se représenter l'action que l'on

de ces fragmens, toujours anguleux et tranchans, produirait sur les parois vésicales, lorsque la vessie se contracte pour chasser les dernières gouttes d'urine, ce qui ne s'accorde pas avec le bien-être qu'éprouve le malade : Il suffit, en un mot, de consulter l'expérience pour faire taire tous les raisonnemens, à moins que des guérisons, qui datent déjà d'une année, puissent encore paraître douteuses.

De ces faits, il résulterait donc, d'après l'auteur, 1°. que la méthode lithontriptique ou par destruction de la pierre dans la vessie, est applicable dans la majorité des cas, lorsque le volume de la pierre ne dépasse pas un pouce et demi de diamètre, et qu'elle n'a pas produit de trop grandes altérations sur le viscère qui la contient, et sur l'économie en général.

2°. Que son application est d'autant plus heureuse et la guérison plus prompte, que la maladie est moins ancienne.

3°. Que les obstacles qui peuvent limiter cette application, provenant de l'ancienneté et non de la nature de la maladie, iront toujours en décroissant, parce qu'à la première apparition des symptômes qui font soupçonner son existence, les malades s'empresseront de se faire opérer, d'autant plus qu'il faut au moins l'effroi qu'inspire la taille, pour faire supporter les douleurs que détermine en général la pierre par son séjour dans la vessie.

4°. Lorsque par l'effet de quelques circonstances imprévues la lithotomie n'a pas le succès désiré, elle ne diminue en rien les chances heureuses de la cystotomie.

5°. Enfin, l'introduction des instrumens lithontripteurs, et les manœuvres nécessaires pour saisir et broyer la pierre, ordinairement peu douloureuses, n'entraînent par elles-mêmes aucune espèce de dangers, bien entendu qu'elles seront toujours exécutées par des mains exercées.

Quant aux cas douteux dont a parlé M. Civiale, les moyen de l'art pour reconnaître et apprécier le degré d'alté-

ration sur les organes vivans, et ceux que l'on met en usage pour combattre les mêmes altérations étant très-incertains, il faut attendre de plus nombreuses expériences.

— L'Académie Royale des Sciences avait proposé, en 1823, pour sujet du prix qu'elle devait décerner dans cette séance : *De déterminer par une série d'expériences chimiques et physiologiques, quels sont les phénomènes qui se succèdent dans les organes digestifs durant l'acte de la digestion.*

Il résulte de l'examen des pièces du concours, qu'aucune d'elles n'a entièrement satisfait aux vues de l'Académie. Toutefois, deux mémoires portant les numéros de réception 1 et 2, ont été jugés dignes d'être mentionnés honorablement. Les auteurs ont fait grand nombre d'expériences, et ils ont obtenu des résultats remarquables. D'après ce motif, et en considération des recherches dispendieuses auxquelles les auteurs se sont livrés, l'Académie attribue, à titre d'encouragement, une somme de *quinze cents francs* pour le mémoire n°. 1, et une pareille somme pour le mémoire qui porte le n°. 2. Les auteurs du premier mémoire sont MM. François Leuret, élève interne de la maison royale de Charenton, et Louis Lassaigne, préparateur du cours de physique et de chimie à l'École Royale d'Alfort. L'auteur du second mémoire n'a point fait connaître son nom, et il est invité de déclarer son intention au secrétariat de l'Institut.

— L'Académie a décerné le prix de *physiologie expérimentale*, fondé par le baron de Montyon, à un mémoire *sur l'analyse des fonctions urinaires.* L'auteur, M. Chossat, médecin de Genève, a fait à ce sujet de nombreuses et utiles expériences. Le travail fort recommandable de M. le docteur Flourens a fixé aussi l'attention de l'Académie. Il a pour titre : *Expériences sur l'Encéphale des poissons, sur la cicatrisation des plaies du cerveau, et la régénération de ses parties tégumentaires, sur les conditions fondamentales de l'audition, et sur les diverses causes de la surdité.* Ces recherches auraient

partagé le prix avec le mémoire de M. Chossat, si l'on n'eût considéré que les questions traitées par M. Flourens, quoique nouvelles en ce qui concerne les faits particuliers, sont toutefois une continuation d'anciens travaux couronnés dans les derniers concours.

— L'Académie annonce que pour satisfaire aux intentions de feu le baron de Montyon, qui a fondé un prix de *physiologie expérimentale*, elle adjugera une médaille d'or de la valeur de 895 fr., à l'ouvrage imprimé ou manuscrit qui lui aura été adressé d'ici au 1er. janvier 1826, et qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Les auteurs qui désireraient concourir pour ce prix sont invités à adresser leurs ouvrages, franc de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er. janvier 1826.

Le prix sera décerné dans la séance publique du premier lundi de juin 1826.

Legs Montyon. Conformément au testament de feu le baron Auget de Montyon, et aux ordonnances royales du 29 juillet 1821 et du 2 juin 1824, la somme annuelle résultant du legs dudit sieur baron de Montyon, pour récompenser les perfectionnemens de la médecine et de la chirurgie, sera employée, pour moitié, en un ou plusieurs prix à décerner par l'Académie Royale des Sciences à l'auteur ou aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui, ayant pour objet le traitement d'une maladie interne, seront jugés les plus utiles à l'art de guérir; et l'autre moitié, en un ou plusieurs prix à décerner par la même Académie à l'auteur ou aux auteurs des ouvrages ou découvertes qui, ayant eu pour objet le traitement d'une maladie externe, seront également jugés les plus utiles à l'art de guérir.

La somme annuelle provenant du legs fait par le même testateur en faveur de ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre, sera égale-

ment employée en un ou plusieurs prix à décerner par l'Académie aux ouvrages ou découvertes qui auront paru dans l'année sur les objets les plus utiles et les plus propres à concourir au but que s'est proposé le testateur.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé; mais ces sommes pourraient surpasser de beaucoup la valeur des plus grands prix décernés jusqu'à ce jour. Les libéralités du fondateur et les ordres du Roi ont donné à l'Académie les moyens d'élever les prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Les concurrens pour l'année 1825 sont invités à adresser leurs ouvrages, leurs mémoires, et s'il y a lieu, les modèles de leurs machines ou de leurs appareils, franc de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er. février 1826.

Le jugement de l'Académie sera publié à la séance publique du premier lundi de juin de la même année.

Académie Royale de Médecine.

Séance du 3 mai. — *Eaux minérales thermales.* — M. de Lens, au nom de la commission des Eaux minérales, fait un rapport sur deux nouvelles sources, découvertes à Saint-Metaire, village situé au pied du Mont-d'Or, dans le département du Puy-de-Dôme. De ces deux nouvelles sources, la première, dite de la *Grande source*, est chaude et a 40° cent. Analysée par MM. Henry et Boulay elle a fourni par litre plus de 6 grammes de principes minéralisateurs

tant fixes que volatils, savoir, azote, 0,025; acide carbonique libre, 0,947; muriate de soude, 4,530; bicarbonate de soude, 0,948; sulfate de soude, 0,010; bicarbonate de magnésie, 0,770; magnésie, 0,015; silice, 0,107; alumine, 0,003; oxide de fer carbonaté, 0,005; matière organique et perte; 0,154. L'autre dite de la *seconde source*, est plus chaude encore; la température est de 43 à 44° cent.; moins limpide et plus riche en bicarbonate de soude et en matière organique que la première, elle contient par litre: azote mêlé de quelques traces d'oxigène, 0,018; acide carbonique libre, 0,258; muriate de soude, 3,580; bicarbonate de soude, 2,698; bicarbonate de magnésie, 0,995, des traces de magnésie; silice, 0,135; alumine, 0,010; carbonate de fer, 0,110.

— *Emploi des caustiques comme moyen d'arrêter l'éruption varioleuse.* M. Velpeau lit un mémoire tendant à prouver que si l'on cautérise dans les deux premiers jours les boutons de la variole, à l'aide d'un stylet trempé préalablement dans une solution de nitrate d'argent, on les fait avorter; que si on le fait plus tard on en abrège la durée, et qu'au moins on les empêche de laisser après eux aucune trace. Il invoque à l'appui de cette assertion l'autorité de MM. Bretonneau, Béclard, Duméril et Serres.

— *Section de Médecine, du 24 mai.* — *Coxalgie.* M. Demangeon lit deux observations de coxalgie par cause externe sur des enfans, qu'il a guéris promptement par des applications réitérées de sangsues sur l'articulation douloureuse, des bains tièdes, le repos et des compresses imbibées d'eau de Goulard froide.

— *Empoisonnement par les sulfures de potasse et de soude.* D'après deux observations d'empoisonnemens par ces substances, lues par M. Chantourelle, il parait résulter que les sulfures sont des poisons tout-à-la-fois escharrotiques et asphyxians, d'où la nécessité d'avoir égard à ces deux sortes

d'effets dans le choix des moyens qu'on doit leur opposer.

Section de Chirurgie. — *Séance du* 19 *mai.* — *Staphyloraphie.* M. Roux rapporte trois cas nouveaux dans lesquels il a pratiqué la suture du voile du palais. L'opération a eu un plein succès.

— *Cancer de la vessie.* M. Souberbielle entretient la section d'une operation de taille qu'il a faite à un individu de cinquante-un ans, auquel il a enlevé un calcul du poids de quatre onces, et qui est mort deux mois après l'opération. A l'ouverture du cadavre on trouva un cancer à la vessie, le rein gauche en suppuration et l'urètre du même côté très-dilaté.

Section de pharmacie. — *Séance du* 14 *mai.* — *Chlorure de chaux.* M. Virey communique un ancien tableau des maladies qui assiégèrent l'armée d'Espagne en 1812 par le docteur Etienne, duquel il résulte que le chlorure de chaux parsemé entre les lits des malades affectés de typhus produisit dans les hôpitaux les plus heureux effets. Mais M. Labarraque, dans la séance suivante, du 28 mai, dit que ce mode n'avait alors pour but que de dégager du chlore d'une manière moins fatigante que par le procédé de Guyton Morveau, tandis qu'il emploie aujourd'hui les chlorures de soude ou de chaux en substance de manière à les appliquer sur les matières infectes, et à en détruire aussitôt les émanations.

V°. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

RÉPONSE *à une Lettre intitulée* L. J. BÉGIN *à* F. J. F. BROUSSAIS; par M. GAUBERT, docteur en médecine, membre de l'Université de France. (1)

Nous avons annoncé dans l'un de nos derniers numéros une brochure ayant pour titre : *Lettre de L. J. Bégin à*

(1) Brochure in-8°., 1825. Prix, 4 fr. 50 c., chez Mlle. Delaunay.

F. J. V. Broussais. M. Broussais ayant jugé convenable de garder le silence sur un écrit spécialement destiné à l'attaquer, M. le docteur Gaubert entraîné par un attachement envers son maître, qui peut être très-louable d'ailleurs, mais qu'il a poussé un peu loin, a cru devoir, dans une réponse beaucoup trop sérieuse, faire connaître l'esprit qui a dicté la lettre de M. Bégin. Nous nous bornerons simplement à renvoyer le lecteur à la Lettre de M. Gaubert.

Des Erreurs relatives à la santé, ouvrage utile aux gens du monde; par Lebrun, médecin, correspondant de la Société de la Faculté de Médecine de Paris. (1)

C'est un champ bien vaste et bien fertile que celui de l'erreur; il est cultivé par tant de mains, quelquefois si habiles; les fruits qu'il rapporte paraissent plaire à tant d'hommes qu'il semble devoir être bien difficile d'en borner l'étendue, d'en faire rejeter ou d'en détruire les funestes produits.

Quoi qu'il en soit, nous n'en louerons pas moins les efforts de ces écrivains qui, se croyant appelés à découvrir et à faire aimer la vérité, se vouent au bien de l'humanité, les uns en combattant ces préjugés honteux qui dégradent l'esprit et le cœur, les autres en faisant abandonner ces pratiques imprudentes ou absurdes qui affaiblissent ou ruinent la santé, et dont les fâcheux résultats ne se bornent pas seulement à l'individu, mais s'étendent même à l'espèce et compromettent ainsi les générations à venir.

M. Lebrun a voulu prendre place parmi ces écrivains en faisant le livre que nous annonçons. Il a écrit plutôt pour être utile que pour briller, et s'est contenté de redire, mais à sa manière, ce qu'on avait dit de bon avant lui, préférant le rôle modeste de l'éclectique au rôle dangereux du réformateur ou du sophiste.

Si nous jugions ce livre en médecin, nous aurions quelques critiques à adresser à son auteur sur la forme et le laconisme de certains articles; mais nous nous en abstiendrons; nous n'en avons d'ailleurs pas le droit, puisqu'il ne s'adresse qu'aux gens du monde. N'apportant pas plus de sévérité dans nos réflexions que l'auteur n'a mis de prétention en écrivant, il nous suffira de dire que cet ouvrage peut être considéré comme un petit abrégé d'Hygiène, sagement

---

(1) Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50 c. Chez Gabon et Cie.

pensé, clairement et purement écrit, qui ne sera déplacé nulle part et pourra être utile partout. L'homme du monde le lira avec plaisir, le père de famille avec fruit; ce sera surtout dans les articles intitulés *introduction, études, professions, suicides, passions, médecine, inhumations précipitées, charlatans*, et dans quelques autres, qu'on trouvera de bons préceptes, de sages conseils dont l'observation rigoureuse ne peut avoir que d'excellens effets.

Nous souhaitons beaucoup de succès au livre de M. Lebrun. Il en aura sans doute; mais en aura-t-il assez pour que ces vers n'aient plus désormais d'application?

« L'homme est né pour l'erreur, on voit la molle argile,
» Sous la main du potier moins souple et moins docile
» Que l'âme n'est flexible aux préjugés divers,
» Précepteurs ignorans de ce faible univers. »

(A. T.)

Médecine Pratique **de J. Val de Hildenbrand, professeur de Médecine Clinique à l'Université de Vienne; ouvrage traduit du latin, avec un Discours préliminaire sur l'Histoire des Cliniques, et des notes, par L. P. Auguste Gauthier, D. M. P.** (1)

Au milieu des brillantes théories qui se sont partagé l'empire médical, et qui se sont succédé sans aucun résultat avantageux pour la science, une sorte de lassitude fait rejeter aujourd'hui les ouvrages dépourvus de faits; encore ceux-ci, trop souvent arrangés pour appuyer des idées préconçues, ont-ils besoin, pour obtenir quelque confiance, d'une authenticité non contestée. Les observations recueillies dans les hôpitaux, plus que toutes les autres, présentent ce caractère; aussi est-il remarquable que le compte rendu de l'Hôtel-Dieu a servi bientôt d'exemple à d'autres, et que plusieurs médecins des hôpitaux ayant senti l'avantage que l'on devait tirer d'un semblable rapprochement, ont publié leur clinique. C'est une épreuve que les doctrines médicales doivent subir, et quelque soin que l'on puisse vouloir mettre à torturer les faits, la vérité ne peut manquer de faire justice de celles qui sont ou fausses ou exagérées. Bientôt, il faut l'espérer, les cliniques spéciales réclameront aussi une place dans les mêmes journaux, et il faut convenir qu'alors ces recueils, naguère remplis de compilations, présenteront un caractère d'utilité qu'ils ont laissé long-temps désirer.

(1) Deux vol. in-8°. Prix, 8 fr. Chez Gabon et Compagnie.

Il serait difficile, dans un journal, de parcourir une carrière plus vaste encore et de prétendre faire connaître les cliniques des pays étrangers; aussi devons-nous accueillir favorablement tout ouvrage qui tend à remplir ce vide, et qui pourra nous faire juger de la réalité des succès obtenus par un mode de traitement différent de ceux adoptés en France. C'est seulement par des ouvrages du genre de celui que M. Gauthier a traduit que nous pourrons arriver à ce but, et participer aux progrès que la médecine fait sur nos voisins.

L'ouvrage publié par M. Gauthier est une continuation de celui de Stoll, intitulé, *Ratio Medendi*: il mérite de fixer l'attention des médecins à ce titre, et plus encore, en nous mettant à même d'apprécier la pratique d'un médecin de Vienne, étranger aux fausses théories de plusieurs de ses confrères. Bien que ses idées diffèrent de celles généralement adoptées chez nous, elles diffèrent plus encore des méthodes allemandes, basées sur de simples hypothèses. Le traducteur, dont on ne peut trop louer le travail, l'a enrichi de notes sagement écrites, dans lesquelles il montre beaucoup d'érudition. (A. G.)

Nouveaux Elémens de Minéralogie, ou Manuel du Minéralogiste voyageur; par C. G. Brard; 2ᵉ édit. (1)

Nous annonçons avec plaisir la seconde édition de cet ouvrage, abrégé simple et fidèle du grand *Traité de Minéralogie* du célèbre Haüy. L'auteur a prouvé qu'il lui était facile de se placer en arrière de ce qu'il sait pour le faire comprendre aux autres, et c'est là le meilleur moyen de bien faire un livre élémentaire. La minéralogie, dépouillée de ce qu'elle a de sévère et d'imposant, se présente dans cet ouvrage sous l'aspect simple, aimable et séduisant qui engage à l'étude et conduit aux connaissances les plus étendues par une suite de sensations pures et d'attraits toujours nouveaux.

Les médecins puiseront dans le *Manuel du Minéralogiste voyageur* bien plus de connaissances minéralogiques que l'exercice de leur art n'en exige; mais après sa lecture ils éprouveront un plaisir nouveau en parcourant les sites qui les entourent, et pourront déterminer si telle roche appartient aux premiers âges du monde, ou si elle doit le jour à quelques-uns de ces bouleversemens dont notre globe fut le théâtre. (E. A.)

(1) Un vol. in-8°. Prix, 9 fr.

REVUE MÉDICALE.

I°. MÉMOIRES ET CLINIQUE DES HOPITAUX.

TABLEAU

Des Maladies observées à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de Clinique de M. le professeur Récamier, *pendant le deuxième trimestre de* 1825;

Par L. Martinet.

Le nombre des malades entrés à la Clinique, pendant le cours de ce trimestre, a été de deux cent cinq; savoir: cent trente-cinq hommes, et soixante-dix femmes. Trente-six ont succombé; ce qui porte la mortalité à un sixième; vingt-quatre hommes pour douze femmes.

Sur ce nombre, cent soixante-quinze étaient atteints de maladies aiguës, et trente de maladies chroniques.

Sur les cent soixante-quinze sujets atteints de maladies aiguës, on en a perdu vingt-sept, c'est-à-dire un peu plus d'un septième. La mortalité a été à-peu-près la même pour les deux sexes, car il est mort dix-neuf hommes sur cent vingt-cinq, et huit femmes sur cinquante.

La mortalité a été au contraire beaucoup plus grande pour les maladies chroniques, ainsi que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le constater. En effet, elle s'est élevée à neuf sur trente, plus du quart; savoir, cinq hommes sur douze, et quatre femmes sur dix-neuf.

Les maladies aiguës, qui ont dominé pendant ce tri-

mestre, ont été celles des organes pulmonaires; ce qu'il faut attribuer aux nombreuses variations de température qui se sont succédé avec rapidité, particulièrement dans les mois d'avril et de mai. Elles ont consisté en pleuropneumonies, en catarrhes pulmonaires, en hémoptysies, en pleurodynies, en pleurésies et en gangrènes du poumon. Après les affections de poitrine, viennent les phlegmasies du tube digestif, telles que les fièvres catarrhales et les angines. En troisième ligne se placent les fièvres éruptives, et notamment la variole, qui a constamment été très-grave; enfin les fièvres intermittentes, les rhumatismes, les péritonites, les érysipèles.

Nous ferons remarquer, relativement à la mortalité, et au développement des maladies observées pendant ce trimestre, que c'est particulièrement sous certaines conditions atmosphériques, qu'il ne nous est pas permis d'apprécier avec exactitude, que la mort a moissonné le plus d'individus, ou que les maladies ont sévi avec le plus de violence; c'est ainsi, par exemple, que dans les derniers jours de mai, dans les premiers de juin, et du 4 au 9 juillet, la mortalité s'est montrée la plus considérable, tandis que dans le mois d'avril elle ne s'est élevée qu'à trois, quoique les malades entrés dans ce mois eussent été en très-grand nombre; d'où il résulte que l'on en a perdu en moins de dix-huit jours plus que dans les deux mois et demi qui restent pour compléter le trimestre.

Trimestre d'avril.

	Nombre.	Morts.
Fièvres intermittentes.	9	»
Congestion cérébrale.	1	»
Contusion à la tête.	1	»

	Nombre.	Morts.
Arachnitis.	1	1
Catarrhes pulmonaires.	8	»
Hémoptysies.	6	1
Pleuropneumonies	39	6
Gangrènes du poumon.	2	2
Phthisies.	6	4
Pleurodynies.	5	»
Pleurésies	4	2
Pleuro pericardite	1	1
Dilatations avec hypertrophie des ventricules du cœur.	5	1
Angines	6	»
Affections catarrhales apyrétiques. . . .	6	»
Fièvres catarrhales.	47	10
Cholera-morbus	1	»
Gastrites chroniques.	2	»
Squirrhe de l'estomac.	1	1
Dysenterie	1	»
Coliques métalliques.	2	»
Ictères	3	»
Néphrite chronique.	1	»
Hysteries.	2	»
Aménorrhées.	2	»
Ménorrhagies	2	»
Cancer utérin.	1	»
Péritonites.	5	2
Anasarque	1	»
Varioles.	10	4(1)
Rougeoles.	3	»
Éruptions anomales.	2	»

(1) Il faut en ajouter un qui a déjà été noté à la gangrène du poumon.

Érysipèles.	3	1
Dartres	1	»
Rhumatismes articulaires.	4	»
——— vagues.	3	»
Névralgies faciales.	3	»
Syphilis	4	»
Strumes.	1	»
Total.	205	36

Fièvres intermittentes. Les fièvres d'accès ont été assez communes pendant ce trimestre : sur neuf, six ont été quotidiennes, et trois ont suivi le type tierce. Elles n'ont presque exclusivement existé que chez de jeunes garçons, qui, pour le plus grand nombre, les avaient contractées à Paris, où ils habitaient depuis plus de six mois. Quelques-uns, au contraire, en avaient été pris dans des lieux marécageux, et avaient continué à en être affectés à Paris. M. le professeur Récamier laissait en général passer plusieurs accès sans recourir à aucun traitement, à moins qu'il n'existât des phénomènes saburraux ; et alors il les dissipait facilement à l'aide d'un vomitif (l'ipécacuanha), ou d'un lavage avec le tartre stibié et le sulfate de magnésie. Dans plusieurs cas, le traitement évacuant fit cesser complètement la fièvre ; dans d'autres, il la débarrassa seulement de sa complication saburrale, et réduisit les accès à leur plus grande simplicité, c'est-à-dire à de la fièvre et à de la céphalalgie. Des boissons délayantes suffirent pour assurer en peu de temps la guérison de ces malades, dont un seul exigea l'emploi du quinquina. Par cette méthode expectante, M. Récamier voulait montrer aux élèves qu'il n'est pas nécessaire de tourmenter

les malades par des médicamens ou des évacuations sanguines, pour amener à bien des affections dont l'économie se débarrasse d'elle-même, lors que l'époque de leur cessation naturelle est arrivée.

Maladies de l'encéphale. Ainsi qu'on a pu en juger par le tableau que nous avons donné, ces maladies ont été rares; cependant nous dirons que quelques-uns des sujets qui succombèrent à d'autres affections, nous en offrirent également plusieurs exemples, mais en assez petit nombre pour confirmer ce que nous disons ici. Nous nous en entretiendrons à mesure que l'occasion se présentera.

Nous passerons rapidement sur une congestion cérébrale avec embarras de la parole et faiblesse des membres du côté gauche, survenue tout-à-coup chez une femme de soixante-quatre ans, et qui se dissipa après deux saignées, pour nous occuper d'un fait d'arachnitis, qui mérite davantage de fixer notre attention, soit par absence de la fièvre et l'état de stupeur qui persista pendant tout le cours de la maladie, soit par la nature du traitement employé, le tartre stibié à haute dose, lequel ne détermina cependant aucune inflammation du tube digestif.

Arachnitis.

Céphalalgie, douleurs des lombes, stupeur, aphonie, suspension de l'intelligence et des sens, perte de la sensibilité générale; contracture des membres thoraciques, suivie de résolution et d'un retour de la rigidité musculaire; point de fièvre. Tartre stibié à haute dose. Arachnitis; tubercules en dehors de la dure-mère rachidienne.

Le nommé Jacques Larchevêque, âgé de 47 ans, charretier, d'une constitution athlétique, avait été pendant long-temps en proie à des affections morales tristes.

Depuis cinq mois il était sujet à des maux de tête qui, d'abord, avaient été légers, mais qui peu-à-peu prirent de l'intensité et devinrent presque continuels. En outre, il s'y était joint, dans le courant de mars, des douleurs dans la région des lombes, avec difficulté extrême de marcher. Soumis pendant près de trois mois, à l'hôpital Saint-Louis, à l'usage des bains, il n'en retira aucun soulagement, ce qui le décida à retourner chez lui; mais son état ayant empiré, on le transporta à l'Hôtel-Dieu, le 26 mai 1825, huit jours après sa sortie de Saint-Louis. Il était alors dans l'état suivant :

Le 26 mai. Facultés intellectuelles considérablement affaiblies; réponses courtes et tardives; quelquefois impossibles. Lorsqu'on lui demande où il souffre, il porte sa main au front, mais il ne répond pas. Il n'existe point de fièvre, ni de chaleur à la peau. Dans la nuit, le malade rêvasse; est agité et tombe de son lit, ce qui oblige à lui mettre la camisole.

Le 27; impossibilité de se mettre en rapport avec les personnes qui l'entourent; yeux ouverts, regards fixes et étonnés; pupilles non dilatées; facies naturel; langue sale; constipation; nulle apparence de douleur; point de réaction, point de fièvre. (Lavage). Le soir, à sept heures, perte complète de la parole et de l'usage des sens.

Le 28, stupeur considérable; yeux ouverts presque immobiles, fixes; facultés intellectuelles abolies; sens nullement impressionnables; aphonie; impossibilité de sortir la langue de la bouche; sensibilité des diverses parties du corps très-peu marquée, si ce n'est dans la région lombaire droite, qu'on ne peut presser sans que le malade n'exprime de la douleur; absence de tout

mouvement des bras, qui sont fléchis et contractés, et deviennent douloureux lorsqu'on veut les étendre; roideur des muscles du col du côté gauche, avec impossibilité de tourner la tête à droite; bouche non déviée; pouls lent; chaleur naturelle. (*Vingt-cinq sangsues aux tempes et derrière les oreilles; glace sur la tête; affusion à 16°. R.*) La stupeur diminue et la sensibilité se réveille.

Le 29, continuation de la stupeur et des symptômes observés la veille. (*Affusions; potion avec douze grains de tartre stibié dans quatre onces d'eau distillée et deux onces de sirop de gomme.*)

Le 30, sensibilité moins obtuse; globe des yeux dirigé en haut; membres thoraciques dans un état de résolution complète; cessation de la rigidité du col; légère réaction; peau un peu chaude; pouls à peine fréquent et mou; rétention d'urine. (*Potion avec dix-huit grains de tartre stibié; affusions; cathétérisme.*)

A dix heures, après l'affusion, la sensibilité se réveille, mais incomplètement; les membres de chaque côté du corps se meuvent lorsqu'on pince le malade. Il donne quelques signes d'intelligence; le regard est plus naturel. Une heure après la seconde affusion, le malade crache facilement, sort la langue, et présente l'une ou l'autre main, lorsqu'on les lui demande; il répond à toutes les questions par des signes.

Le 31, la face est animée, le pouls très-irrégulier, la respiration stertoreuse, les yeux sont chassieux, les pupilles dilatées; la sensibilité générale n'est cependant pas complètement abolie au pincer; les membres supérieurs sont contractés; on donne une affusion après laquelle le malade est complètement éveillé, pouvant en-

tendre ce qu'on lui dit, montrant la langue, qui n'est et n'a jamais été déviée, et donnant facilement la main. (*Julep avec laudanum, éther et sirop de diacode; douze grains de sulfate de quinine en trois doses.*) Mort le soir.

Autopsie cadavérique. L'arachnoïde et la pie-mère qui recouvrent les hémisphères du cerveau, ainsi que les portions de ces membranes qui tapissent sa partie inférieure, sont opaques, très-épaissies et parsemées de petits grumeaux blanchâtres et albumineux, que l'on retrouve jusque dans les replis de la pie-mère, qui s'enfoncent dans les anfractuosités cérébrales. Le cerveau, la protubérance et le cervelet, examinés avec le plus grand soin, ne présentent pas la moindre altération, la plus légère trace de congestion sanguine. La dure-mère du rachis, correspondante à la queue de cheval, était très-épaissie, remplie de pus intérieurement, entre les deux feuillets de l'arachnoïde, tandis qu'extérieurement elle offrait à sa surface plusieurs tubercules enflammés, et deux ou trois petits kystes remplis d'un liquide puriforme. Les poumons contenaient un grand nombre de tubercules miliaires; dans leur sommet, il existait quelques petites excavations. Le cœur est dans l'état naturel; le foie, la rate et les reins ne présentent rien de particulier. L'estomac est le siége d'une légère sugillation vers son grand cul-de-sac; les intestins sont parfaitement sains, à l'exception de deux petites ulcérations, semblables à celles qu'on trouve chez les phthisiques, et qui paraissent être le résultat d'une inflammation très-ancienne; le péritoine, dans ce point, est couvert de granulations, épaissi et adhérent à l'intestin d'une manière très-intime.

Maladies de la poitrine. Depuis long-temps nous n'avions pas eu occasion d'observer d'hémoptysies ; mais les fortes chaleurs qui régnèrent dans le milieu de juin, donnèrent plusieurs fois lieu à ces hémorrhagies. En effet, en moins de huit jours il en entra quatre à la clinique. Le premier de ces malades, jeune homme de trente ans, fut traité par les antiphlogistiques, les saignées répétées et les pédicules sinapisés ; mais il fallut plusieurs jours d'un traitement actif pour dissiper complètement le crachement de sang, et pour rendre aux poumons l'intégrité de leurs fonctions.

Le 18 juin, trois hémoptysiques entrèrent en même temps ; M. le professeur Récamier voulut rendre les élèves témoins de la manière d'agir du nitrate de potasse à haute dose, ainsi que l'ont préconisé dans ces derniers temps les médecins italiens. A cet effet, il leur fit donner à chacun une demi-once de nitre dans cinq onces de sirop de gomme, à prendre dans la journée. Chez un, qui crachait un sang rutilant et spumeux depuis quatre jours, et chez lequel on n'avait encore eu recours à aucun traitement, l'hémoptysie fut complètement arrêtée le jour même ; mais le lendemain matin ayant de nouveau reparu, elle céda une seconde fois au même traitement ; depuis elle ne revint point. Chez ce malade, qui prit en quatre heures la potion entière, les urines furent sensiblement augmentées ; ce jeune homme se plaignit, en outre, de la saveur très-désagréable de ce médicament, ainsi que d'une sensation de chaleur à la gorge et à l'épigastre, après son ingestion.

Chez le second, l'on avait déjà employé la saignée ; mais inutilement, et le crachement de sang persistait

assez abondamment, lorsqu'on mit en usage le nitrate de potasse. Les crachats étaient très-rouges et s'accompagnaient de chaleur et de gêne dans la poitrine. Une demi-once de nitre, administrée comme dans le cas précédent, diminua considérablement la couleur rouge des crachats, qui, dès le deuxième jour, n'en contenaient plus de traces. Le traitement fut encore continué pendant deux jours. Ici, le nitre ne détermine point de chaleur à l'épigastre, et très-peu à la gorge; il augmenta seulement un peu les urines, qui furent plus chaudes, mais sans s'accompagner de douleurs dans les reins.

Le troisième malade était un homme de quarante-cinq ans, sujet depuis dix ans à des hémoptysies très-abondantes, qui survenaient tous les deux ans, et qui se dissipaient ordinairement par l'emploi des saignées ou des sangsues au fondement. Le crachement de sang existait depuis trois jours, et s'accompagnait d'une grande gêne dans la respiration, et d'un râle sous-crépitant dans la région postérieure du côté gauche : cet homme avait déjà été saigné plusieurs fois ; il avait également eu des ventouses scarifiées sur le côté, mais le crachement de sang avait persisté. Comme les malades précédens il prit la potion nitrée ; le lendemain, il était beaucoup moins affaibli ; les crachats étaient moins rouges ; plusieurs même ne l'étaient pas du tout. On continua le même traitement; les crachats devinrent de moins en moins sanguinolens, et enfin, complètement blanchâtres et puriformes. Mais le malade finit par succomber à l'abondance de crachats et à une fièvre lente, dont la cause, ainsi que le démontra l'autopsie, tenait à des foyers tuberculeux suppurés dans les deux poumons,

et notamment dans le gauche, où il existait des traces d'anciennes cicatrisations et quelques concrétions tophacées.

La plupart des pleuropneumonies, traitées à la Clinique, furent très-graves; cependant presque toutes cédèrent à l'emploi des saignées générales, plusieurs fois répétées, auxquelles on ajoutait les ventouses scarifiées lorsqu'il existait une douleur locale vive. Dans quelques cas même, il devint nécessaire de recourir aux vésicatoires volans, pour dissiper un reste de toux et de douleur qui avaient résisté aux moyens précédens.

Telle est la méthode de traitement que suivit, en général, M. le professeur Récamier, et dont il eut presque toujours lieu de se louer. Chez quelques malades, cependant, où il existait, concurremment avec les symptômes de pleuropneumonie, des signes d'affection bilieuse, tels que l'amerture à la bouche, des envies de vomir, une céphalalgie surorbitaire et la saleté de la langue, on put vérifier de quel avantage est alors l'administration de l'ipécacuanha ou d'un lavage. En effet, plusieurs de ces malades, dont quelques-uns même avaient déjà été saignés sans que la dyspnée, la fièvre et la douleur du côté se fussent calmées, entrèrent presque aussitôt en convalescence, après l'usage des évacuans des premières voies.

Des sept malades que l'on perdit, deux étaient entrés à l'hôpital dans un état de gravité qui ne laissait presque aucun espoir; chez tous, les poumons étaient à des degrés plus ou moins avancés d'hépatisation; les plèvres participaient la plupart du temps à l'inflammation du parenchyme, et étaient recouvertes de fausses membranes récentes. Au nombre de ces derniers ma-

lades se trouvait un jeune homme de dix-huit ans, affaibli préalablement par un dévoiement qui durait depuis trois mois, lorsqu'à la suite d'un refroidissement, il vint s'y joindre un catarrhe pulmonaire, qui, lors de son entrée à l'hôpital, présentait les symptômes suivans : la poitrine était généralement assez sonore de l'un et l'autre côté; cependant le bruit respiratoire ne s'y faisait entendre que très-incomplètement. En outre, ce malade était tourmenté par une toux violente, qui s'accompagnait d'une expectoration de crachats, d'abord visqueux, puis épais, blanchâtres, ne contenant point de globules d'air, bien liés et comme puriformes ; la face était violacée, et la respiration ne s'effectuait qu'avec la plus grande difficulté. Ces deux derniers symptômes suffirent à M. Récamier, pour diagnostiquer l'inflammation des ramifications bronchiques, ce que vint confirmer l'autopsie, le sixième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, malgré l'emploi des saignées générales et locales et des vésicatoires sur le thorax; la muqueuse de la trachée, des gros tuyaux bronchiques et de leurs dernières ramifications, épaissie et couverte d'un mucus puriforme, était d'un rouge foncé dans presque tous ses points ; l'estomac, en outre, était parsemé de taches rouges, ainsi que plusieurs portions des intestins grêles.

Dans l'espace de quinze jours, nous avons observé deux cas de gangrène du poumon, survenus tous les deux chez des sujets qui avaient présenté des signes de pneumonie. Le premier eut lieu chez un maçon de dix-sept ans, qui avait été affecté d'une variole confluente, compliquée, dès son principe, d'une pneumonie du côté gauche. L'émétique en lavage, administré le troisième jour

de l'invasion de la petite-vérole, diminua la douleur du côté, la céphalalgie et la fièvre qui l'accompagnait; une éruption de boutons varioleux se manifesta le même jour sur la face, et successivement sur le col, la poitrine et les membres. La face en fut particulièrement couverte. Le septième jour de l'éruption, le malade exhalait une odeur infecte, qui fut attribuée aux croûtes nombreuses et au liquide purulent qui s'écoulait des boutons du visage, lesquels étaient presque tous confluens, et commençaient à se dessécher; la langue, les lèvres, les gencives et les dents étaient encroûtés d'un enduit fuligineux, la déglutition était douloureuse et très-difficile; la langue et le fond de la gorge étaient couverts de boutons; la respiration considérablement gênée, ne pouvait avoir lieu que par la bouche, des pustules très-rapprochées existant sur la membrane pituitaire. La poitrine donnait un son mat à gauche, et était le siége d'un râle crépitant antérieurement et postérieurement. Les jours suivans, la face se détuméfia, les pustules se desséchèrent, mais l'odeur qu'exhalait le malade resta tellement fétide, qu'on ne pouvait approcher de son lit. Cependant l'appétit se faisait sentir, la fièvre diminuait, on commençait même à donner de la crême de riz, lorsque le 9 juin, vingt et unième jour de l'invasion de la variole, le malade succomba. Le tissu du poumon gauche était d'un vert brunâtre, et répandait l'odeur spécifique de la gangrène; la moindre pression du doigt le pénétrait avec la plus grande facilité, et le réduisait en une bouillie infecte, d'où s'écoulait un liquide d'un rouge livide. La gangrène occupait la totalité du lobe postérieur, sans affecter cependant toute l'étendue et toute l'épaisseur du poumon; c'était

de petits noyaux de parenchyme gangrenés, d'un pouce de diamètre environ, entourés d'une portion de poumon dans laquelle on reconnaissait la rougeur inflammatoire du premier degré de la pneumonie, sauf que le tissu y était plus ramolli, et imbibé d'un liquide séro-sanguinolent. Ces divers noyaux, qui formaient autant de gangrènes partielles, se réunissaient les uns aux autres, et envahissaient ainsi tout le lobe postérieur du poumon, d'où il en résultait qu'au premier coup-d'œil on aurait cru toute l'épaisseur de cet organe gangrené.

Le second était un homme de vingt-six ans, scieur de long, qui avait été affecté d'une fièvre catarrhale très-grave, avec pneumonie également du côté gauche, laquelle s'était accompagnée de crachats, dont l'odeur avait été fétide. Le douzième jour de la maladie un vésicatoire avait été appliqué sur le côté gauche; et, depuis ce moment, cet homme éprouvait un mieux sensible, et était sur le point d'entrer en convalescence; on le nourrissait même avec la crême de riz; mais le vingt-cinquième jour, l'aspect de la face changea considérablement, ses traits s'affaisèrent; il s'établit une expectoration d'un liquide diffluent, d'un rouge noirâtre et d'une odeur gangréneuse tellement insupportable, que plusieurs des personnes qui approchèrent ce malade en furent incommodées. Les forces diminuèrent avec une rapidité étonnante, et malgré l'emploi du vin de Bordeaux et des toniques, ce malheureux succomba le 20 juin, c'est-à-dire à une époque où la chaleur était considérable, trois jours après le développement des nouveaux accidens, et le vingt-cinquième de l'invasion de la fièvre catarrhale. L'odeur infecte que répandait le cadavre n'ayant permis que d'examiner rapidement

quelques points du canal alimentaire ; on put cependant constater qu'il avait existé dans l'iléon et le cœcum une phlegmasie pustuleuse, dont des plaques affaissées et noirâtres annonçaient encore l'existence.

La poitrine ayant été ouverte, il s'en exhala une odeur de gangrène excessivement forte, et qui fut en partie dissipée par la dissolution de chlorure de soude, dont on arrosa les poumons. Le poumon gauche était d'une couleur d'un brun d'ardoise ; sa consistance était tellement diminuée, qu'on ne pouvait y toucher sans le réduire en un putrilage infect d'un brun roussâtre et verdâtre ; un liquide séroso-sanguinolent livide s'en écoulait. Incisé par portion, le tissu du poumon présentait dans tous ses points la même couleur ardoisée et le même genre d'altération, le ramollissement et la diffluence, sans qu'il fût possible de reconnaître que la gangrène existât dans des points circonscrits, ainsi que nous l'avions observé dans le fait précédent : toute son épaisseur était affectée, et l'on ne pouvait nullement y distinguer de cercles rouges où le tissu du poumon offrît les caractères du premier degré de la pneumonie, combiné à celui de l'œdème ; tout était d'un noir verdâtre. Les ramifications des bronches, déchirées par les doigts qui pénétraient le parenchyme pulmonaire, laissaient écouler par leurs orifices un liquide puriforme et sanguinolent. Le poumon droit était au contraire crépitant et léger, quoique engorgé de sang dans sa région postérieure ; il ne se laissait déchirer qu'avec difficulté.

Si les observations de gangrène partielle du poumon sont très-rares, même dans les grands hôpitaux, combien les faits que nous venons de rapporter ne méritent-ils pas de fixer l'attention. Chez l'un nous voyons un pou

mon gangréné tout entier par la réunion d'une multitude de petits foyers qui se rapprochent les uns des autres, et laissent entre eux des intervalles, occupés par des rayons de parenchyme enflammé; tandis que chez l'autre, la gangrène s'étend au contraire à toute l'épaisseur du tissu pulmonaire, sans qu'on puisse rencontrer de points qui n'en soient atteints. D'une autre part, nous voyons que ces deux sujets avaient offert, dans le principe, des traces de pneumonie ; non pas que nous voulions ici regarder ces inflammations comme ayant été assez considérables pour se terminer par la gangrène, mode de terminaison que chacun sait être excessivement rare dans les pneumonies, quel que soit, du reste, le degré de leur intensité; mais comme ayant particulièrement fixé sur les poumons toute la violence de la maladie, qui se développa sous l'influence des chaleurs excessives du mois de juin. En effet, l'un de ces malades avait été épuisé par une variole confluente des plus graves; l'autre l'avait été par une inflammation de la muqueuse intestinale portée au plus haut degré. La vie usée chez tous les deux pouvait à peine suffire à l'établissement de la convalescence, lorsqu'une cause nouvelle vient sévir sur ces malheureux ; les poumons sont soumis à l'action d'un air brûlant; le poumon gauche, déjà affaibli par une maladie antérieure, surtout celui du varioleux, ne peut résister à cette nouvelle attaque ; la gangrène s'en empare, et la mort en est bientôt la suite.

Les phthisies pulmonaires ne nous ayant rien offert de remarquable sous le point de vue du traitement, nous parlerons seulement d'un fait qui peut intéresser ceux qui s'occupent d'anatomie pathologique. Chez un homme de cinquante-sept ans, malade depuis trois ans, pecto-

riloque, et qui ne resta que huit jours à l'hôpital, nous trouvâmes, dans le sommet des poumons, trois excavations traversées par des brides albumineuses, et dont la plus grande était capable de contenir une noix. Il fut impossible, quelque soin que l'on mît dans cet examen, de reconnaître la présence de tubercules, soit dans leur voisinage, soit dans les autres régions des poumons; aussi M. le professeur Récamier le fit-il remarquer aux élèves comme un cas de pathologie très-rare. Les parois des excavations, formées aux dépens du poumon, étaient converties, dans certains points, en un tissu nacré et semi-cartilagineux, tandis que dans d'autres on distinguait encore la texture du parenchyme pulmonaire, qui était devenu noirâtre, et dont la densité était considérablement augmentée. Était-ce à une fonte complète de tubercules rigoureusement circonscrits aux excavations anfractueuses, que nous venons de décrire, ou bien à des gangrènes partielles, qu'était due la formation de ces cavernes que remplissait encore un liquide blanchâtre et puriforme? Nous laissons à nos lecteurs le soin de résoudre cette question.

Chez un autre sujet, mort d'une pleurésie chronique, la fausse membrane qui tapissait la plèvre costale avait acquis une épaisseur de près de quatre lignes environ; elle était formée de cinq membranes superposées, qui avaient d'autant plus de densité qu'elles se rapprochaient davantage de la séreuse, de sorte que celle qui lui était immédiatement appliquée était de nature fibro-cartilagineuse. La dernière formée, au contraire, celle qui correspondait au poumon, était albumineuse, rouge et traversée de vaisseaux sanguins très-développés: la plèvre,

détachée des fausses côtes ; n'offrait aucune rougeur et était à peine plus épaisse que dans l'état naturel.

Nous n'eûmes l'occasion, dans ce trimestre, d'observer qu'un seul cas de péricardite, et encore ne put-on la reconnaître du vivant du malade : la pleurésie qui coexistait fut seule diagnostiquée. Quelqu'actif que fût le traitement employé par M. le professeur Récamier, le malade succomba trois jours après son entrée, le sixième de la maladie. Les seuls symptômes qui nous parurent se rapporter à cette inflammation, furent l'anxiété extrême et l'agitation à laquelle se livrait continuellement le malade.

On ne perdit qu'un seul des sujets affectés d'hypertrophie du cœur avec dilatation de ses cavités, quoique plusieurs cependant fussent entrés à la Clinique dans des états presque désespérés. Ce fut à l'aide d'un traitement énergique, consistant en saignées fréquemment répétées, que M. Récamier parvint à apporter quelque soulagement à ces malades.

Maladies de l'abdomen. Les fièvres catarrhales ont été communes ; elles ont souvent nécessité l'emploi des lavages ou de l'ipécacuanha, traitement qui, dans le plus grand nombre des cas, diminua sensiblement l'intensité de la fièvre et des symptômes saburraux ou bilieux qui coïncidaient en général avec ceux de la phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale ; aussi M. Récamier eut-il bien moins souvent recours aux sangsues sur l'abdomen que dans le trimestre précédent. Beaucoup de ces fièvres catarrhales furent graves et exigèrent un traitement très-long. Chez une femme, entre autres, qui fut pendant plusieurs jours aux portes du tombeau,

et qui ne dut sa guérison qu'à l'emploi des boissons délayantes, il survint plusieurs escarres sur les coudes et au sacrum, qui prolongèrent tellement sa convalescence, qu'au troisième mois de la maladie elle pouvait à peine reprendre ses occupations.

Une autre, qui était affectée de vomissemens opiniâtres, fut calmée par la potion de Rivière; après avoir été pendant long-temps en proie à une stupeur considérable, qui faisait craindre de jour en jour pour sa vie, elle dut sa guérison à l'établissement de deux parotides. En effet, la fièvre et le dévoiement diminuèrent, la stupeur cessa, les fonctions intellectuelles se rétablirent, et la malade entra immédiatement en convalescence. Chez plusieurs, M. Récamier combina avec avantage le traitement tonique au traitement délayant, après avoir calmé l'intensité de l'inflammation intestinale par quelques applications de sangsues. Souvent aussi il eut recours aux affusions tempérées, moyen qui favorisa singulièrement la cessation de la stupeur et des autres accidens qui en avaient nécessité l'emploi.

Les malades qui succombèrent nous offrirent presque tous des inflammations des intestins, particulièrement de l'iléon et du cœcum; chez le plus grand nombre, l'inflammation existait sur les glandes de Peyer, et donnait lieu à ces éruptions de la muqueuse, dont nous nous sommes plusieurs fois entretenus. Les poumons participaient souvent à l'inflammation; et dans un cas on trouva, en outre, une inflammation fort étendue de l'arachnoïde et de la pie-mère, des régions supérieures du cerveau, phlegmasie qui avait été reconnue à l'existence du délire violent et continuel que la malade avait eu.

Chez deux femmes atteintes de gastrite chronique, M. Récamier obtint un soulagement considérable de l'application répétée des sangsues à l'épigastre, ce qui permit à ces malades de reprendre, peu de temps après, leurs occupations.

Nous n'avons eu pendant ce trimestre que deux malades affectés de coliques métalliques; l'une était cuivreuse, l'autre saturnine. M. Récamier les traita par la méthode antiphlogistique, des saignées générales et de nombreuses applications de sangsues sur le ventre. Les douleurs, qui étaient excessivement violentes, et dont le siége occupait le pourtour de l'ombilic, furent complètement dissipées. Chez l'un d'eux on fut ensuite obligé, de revenir plusieurs fois à l'emploi de l'huile de ricin pour combattre une constipation qui persistait avec opiniâtreté.

Les péritonites furent traitées de la même manière et avec un plein succès, à l'exception cependant d'une femme de quarante-sept ans, qui vint à l'Hôtel-Dieu le dix-septième jour de sa maladie, et chez laquelle il existait, outre un épanchement abondant d'un liquide séroso-albumineux, de nombreuses granulations sur les deux feuillets du péritoine, et une ulcération de l'intestin grêle, qui s'était formée de dehors en dedans.

Fièvres éruptives. Depuis long-temps nous n'avions vu la variole aussi commune et aussi meurtrière; la plupart de nos malades, à la vérité, l'avaient contractée à l'hôpital, et lorsqu'ils étaient à peine convalescens de pneumonies ou de fièvres catarrhales, qui les avaient déjà considérablement épuisés. Constamment cette éruption fut confluente; nous avons souvent vu les boutons se

déprimer vers l'époque de la suppuration, et les accidens du côté de la poitrine faire de rapides progrès.

Cinq sujets ont succombé à cette fatale maladie, ainsi que nous l'avons noté dans notre tableau. La trachée et le larynx étaient considérablement enflammée; la rougeur violacée s'étendait à toutes les ramifications des bronches; les poumons étaient, chez quelques-uns, dans un état d'engorgement sanguin ou même dans un premier degré de pneumonie. Chez un de ces malheureux, qui mourut dans les fortes chaleurs de juillet, les poumons étaient noirs, se réduisaient sous le doigt en pulpe sanguinolente, et avaient le plus grand rapport avec une rate gorgée de sang et ramollie. En outre, ils répandaient une odeur infecte, mais qui cependant n'était pas gangréneuse, comme celle qui avait lieu chez les deux sujets dont nous avons parlé en traitant des maladies de la poitrine.

Il a existé également quelques rougeoles et d'autres éruptions variées: leur marche fût en général peu régulière; cependant, elles ont parfaitement guéri par l'usage des boissons délayantes précédées d'un vomitif.

Nous terminerons par un mot sur un homme qui était attaqué pour la quatrième fois d'une névralgie intermittente quotidienne, qui, pour l'ordinaire, n'existait que de vingt à vingt-quatre jours. Il fut soumis à l'acupuncture. Les douleurs persistèrent; puis l'époque accoutumée de la terminaison naturelle de ces douleurs étant survenue, elles se dissipèrent d'elles-mêmes.

RECHERCHES

Ayant pour but de fournir un moyen propre à déterminer, pendant le travail de la parturition, les rapports qui existent entre le volume de la tête du fœtus et les dimensions de la cavité pelvienne.

Par C. Foulhioux.

La théorie des accouchemens laborieux repose en grande partie sur les données générales qu'on possède relativement aux rapports qui existent entre le volume de la tête du fœtus et la capacité de l'excavation pelvienne. Ces données ne sont relatives qu'au bassin, et par conséquent ne sont propres qu'à résoudre une partie du problême.

Cependant la forme et les dimensions de la tête de l'enfant seraient tout aussi importantes à connaître pendant le travail; et de même que le diamètre sacro-pubien est celui qu'on cherche surtout à évaluer, de même aussi, pour des raisons qu'il est inutile de rappeler, c'est principalement le diamètre bipariétal de la tête qu'il serait nécessaire de pouvoir mesurer dans le canal utéro-pelvien.

On ne saurait parvenir à ce dernier résultat par des instrumens appliqués sur les régions céphaliques, auxquelles correspondent les extrémités du diamètre; c'est pour cette raison que le forceps, portant une échelle de graduation, a si promptement tombé dans l'oubli. L'impossibilité de ce genre d'exploration m'a porté à chercher un autre procédé.

Il est dans les sciences une multitude de notions qu'on

n'obtient que par des moyens indirects, et quelquefois, avec autant de certitude que si l'on avait la facilité d'explorer ou de mesurer l'objet lui-même.

A quelle foule de résultats n'est-on pas parvenu, à l'aide de la quatrième proposition du sixième livre d'Euclide, où il est démontré que les triangles semblables ont leurs côtés homologues proportionnels? et n'est-on pas parvenu à préciser la direction des artères des membres à la faveur des ces lignes imaginaires qui, de l'intervalle de certaines éminences, se portent à un point de l'espace compris entre d'autres éminences?

Jusqu'ici on n'avait considéré que l'étendue des lignes qui, diversement inclinées les unes à l'égard des autres, donnent les dimensions de la tête du fœtus. L'étude des proportions des différentes parties de cette boite osseuse avait été totalement négligée.

J'imaginai qu'une certaine constance devait exister dans les rapports qu'ont entre eux, relativement à leur étendue, les divers compartimens de la tête, à une époque où l'encéphale, imparfaitement développé, se présente d'une manière à peu près analogue dans tous les individus de l'espèce humaine. Je pensai que s'il en était ainsi, il serait peut-être possible de se guider sur l'étendue d'une des parties circonscrites que la tête du fœtus présente, pour déterminer la longueur du diamètre le plus important à connaître et le moins susceptible de varier sous l'influence de la pression exercée par le forceps ou le bassin.

M. Thyllaie jeune m'a permis de mesurer les têtes de fœtus qu'offre le cabinet d'anatomie de la Faculté de Médecine. Voici les résultats que m'a fournis l'examen de neuf de ces têtes, portant toutes le numéro 277, et

de plus un numéro particulier qui me servira à les désigner.

Premier examen ayant pour but l'étude des proportions des régions principales de la tête du fœtus.

TÊTE N°. 2.

Face. . . . . 13 *lig.* 1/2.

Une branche du compas ordinaire sur la suture naso-coronale; l'autre branche sur la partie moyenne du bord libre de l'arcade alvéolaire supérieure.

Occiput. . . . . 27 *lig.* 1/2.

Une branche du compas sur l'angle antérieur de l'occipital; l'autre branche sur la partie postérieure du trou occipital.

Suture sagittale. . . . . 35 *lig.*

Une branche sur la partie antérieure de la suture sagittale; l'autre branche sur l'angle supérieur de l'occipital.

Espace naso-pariétal. . . . . 33 *lig.*

Une branche sur la suture naso-pariétale; l'autre sur la partie antérieure de la suture sagittale.

TÊTE N°. 5.

Face. . . . . 12 *lig.* 1/2.
Occiput. . . . . 25 *lig.*
Suture sagittale. . . . . 31 *lig.*
Espace fronto-pariétal. . . . . 31 *lig.*

Le compas appliqué comme précédemment.

TÊTE N°. 7.

Face. . . . . 12 *lig.* 1/2.
Occiput. . . . . 24 *lig.*
Suture sagittale. . . . . 27 *lig.*
Espace naso-pariétal. . . . . 28 *lig.*

TÊTE N°. 10.

Face.	12 *lig.*
Occiput.	25 *lig.*
Suture sagittale.	29 *lig.*
Espace naso-pariétal.	31 *lig.*

TÊTE N°. 16.

Face.	10 *lig.*
Occiput.	20 *lig.*
Suture sagittale.	25 *lig.*
Espace naso-pariétal.	25 *lig.* 1/2.

TÊTE N°. 17.

Face.	9 *lig.*
Occiput.	19 *lig.*
Suture sagittale.	24 *lig.*
Espace naso-pariétal.	24 *lig.*

D'où il résulte d'abord que la face, abstraction faite du maxillaire inférieur, représente la moitié de l'occiput, et que la suture sagittale est égale à la corde de l'arc naso-pariétal; 2°. que l'arc représenté par l'occiput est soutendu par une corde dont la longueur, augmentée de six lignes, égale la suture sagittale; 3°. que le double de l'étendue de la face, augmenté d'un demi-pouce, égale aussi cette suture sagittale, en ayant soin toutefois de faire abstraction du maxillaire inférieur.

Maintenant, si l'on considère les têtes dans les rapports qui existent entre l'étendue de la suture sagittale et du diamètre bipariétal, on arrive à des résultats aussi constans et non moins intéressans.

Nouvel examen de huit têtes, pour éclaircir cette question.

TÊTE N°. 2.

Suture sagittale. . . . . 33 *lig.*
Diamètre pariétal. . . . . 40 *lig.*
Diamètre fronto-occipital. . . . . . . 50 *lig.*

Le diamètre pariétal excède de sept lignes la suture sagittale, l'excès d'étendue du diamètre occipito-frontal sur le pariétal étant de dix lignes.

TÊTE N°. 5.

Suture sagittale. . . . . 31 *lig.*
Diamètre pariétal. . . . . 38 *lig.*
Diamètre occipito-frontal. . . . . . . 48 *lig.*

La différence du diamètre pariétal à la suture sagittale est de sept lignes, tandis que cette différence est exprimée par dix pour les diamètres pariétal et occipito-frontal.

TÊTE N°. 5.

Suture sagittale. . . . . 35 *lig.*
Diamètre pariétal. . . . . 39 *lig.*
Diamètre occipito-frontal. . . . . . . 49 *lig.*

Première différence exprimée par quatre ; seconde par dix.

TÊTE N°. 7.

Suture sagittale. . . . . 29 *lig.*
Diamètre pariétal. . . . . 37 *lig.*
Diamètre occipito-frontal. . . . . . . 48 *lig.*

Différence de la suture sagittale et du diamètre pariétal exprimée par huit ; la deuxième différence exprimée par onze.

TÊTE N°. 10.

Suture sagittale. . . . . 29 *lig.*
Diamètre pariétal. . . . . 36 *lig.*
Diamètre occipito-frontal. . . . . . . 42 *lig.*

Première différence par sept ; seconde différence par six.

TÊTE N°. 11.

Suture sagittale.	29 *lig.*
Diamètre pariétal.	36 *lig.*
Diamètre occipito-frontal.	45 *lig.*

Première différence par sept; seconde différence par sept aussi.

TÊTE N°. 15.

Suture sagittale.	28 *lig.*
Diamètre pariétal.	36 *lig.*
Diamètre occipito-frontal.	44 *lig.*

Différences. Première, de huit lignes; seconde, de huit lignes aussi.

TÊTE N°. 16.

Suture sagittale.	25 *lig.*
Diamètre pariétal.	31 *lig.*
Diamètre occipito-frontal.	39 *lig.*

Différences. Première, de six lignes; seconde, de huit lignes.

TÊTE N°. 17.

Suture sagittale.	24 *lig.*
Diamètre pariétal.	30 *lig.*
Diamètre occipito-frontal.	36 *lig.*

Première différence par six; seconde par six également.

D'après ce second examen, il est évident que si l'on augmente de six lignes la longueur que l'on a reconnue à la suture sagittale, on a le diamètre bipariétal. L'erreur ne peut être que d'une ligne ou deux, et l'on sait que le diamètre pariétal peut subir une réduction de deux, trois, quatre lignes au plus, comme l'ont prouvé les expériences de Baudelocque et de M. Flamant.

On voit d'un autre côté que le diamètre occipito-frontal peut excéder le diamètre pariétal de six à onze

lignes; mais Baudelocque a prouvé par ses expériences que la réduction du premier pouvait être portée jusqu'à six et même huit lignes, sans que le second subisse alors un changement dans son étendue. D'ailleurs, le diamètre occipito-frontal se met toujours en rapport avec les plus larges espaces des détroits et de l'excavation pelvienne.

On voit bien qu'il est facile d'évaluer, d'après ces données, le diamètre pariétal, quand la tête présente le vertex, ce qui a lieu le plus ordinairement.

Il est évident aussi que si la tête présente la face, on pourra également apprécier le diamètre pariétal. Ajoutez, en effet, une fois à elle-même l'étendue de la face, abstraction faite du maxillaire inférieur, et augmentez de six lignes, vous aurez la suture sagittale. Ajoutez six lignes encore, vous aurez le diamètre pariétal, dont la face représente ainsi le tiers.

Si l'enfant offre l'occiput, vous aurez le diamètre bipariétal, en augmentant de six lignes l'étendue obtenue en mesurant l'occipital, comme je l'ai dit plus haut. Connaissant alors d'une manière indirecte la longueur de la suture sagittale, on se conduira comme si l'on avait appliqué immédiatement les branches du compas sur les limites de celle-ci. Dans le cas où vous ne pourriez mesurer que l'espace naso-pariétal, vous évalueriez le diamètre bipariétal, comme si vous aviez la longueur de la suture sagittale, puisque cette dernière est égale au premier.

Il est bien facile d'imaginer un compas d'épaisseur, susceptible de déterminer la longueur de la suture sagittale. Bien certainement, il ne faudrait pas avoir recours à celui qui sert à mesurer le bassin.

On pourrait adopter soit un compas qui serait ter-

miné par deux bouts olivaires pour éviter les blessures de la tête du fœtus, et qui présenterait à l'extérieur une échelle de graduation par laquelle on pourrait connaître exactement l'espace intercepté entre les branches. On pourrait également choisir un compas d'épaisseur, disposé en forme de la lettre X capitale, de manière que l'écartement extérieur, mesuré sur un pied ou sur une échelle graduée adaptée à l'instrument, donnerait l'espace compris entre les extrémités des branches au-dessus du point d'entrecroisement de celles-ci (1).

Je sais bien que dans le cas où les tégumens seraient éloignés du crâne par un engorgement considérable, mon moyen d'évaluation serait insuffisant; mais l'exploration du bassin ne reste-t-elle pas elle-même fort au-dessous de la certitude désirable, et pourtant n'y a-t-on pas recours?

On objectera encore qu'il faut tenir compte des divers degrés de réductibilité de la tête; mais, outre que cette objection s'adresse également à l'exploration du bassin, ne peut-on pas la combattre relativement à l'estimation de la tête du fœtus? En effet, j'ai déjà dit qu'il était surtout important de faire l'évaluation du diamètre bipariétal de la tête; j'ai dit encore que les expériences de Baudelocque et de M. Flamant prouvaient que ce diamètre n'était susceptible que d'une réduction très-légère. Le premier de ces professeurs a soumis neuf têtes de fœtus à terme et bien conformés, à l'action de forceps d'élite; et en comprimant avec force la tête dans la direction du diamètre pariétal, il n'a pu obtenir que

(1) Un compas de ce genre pourrait servir à mesurer la longueur du canal nasal et le degré de dilatation du rectum, circonstance importante à connaître exactement lors de l'opération de la taille.



quatre lignes de diminution sur la tête qui a résisté le plus.

Le professeur Flamant a répété plusieurs fois des essais de ce genre avec un forceps beaucoup plus fort, et il n'a pu obtenir que trois lignes et demie.

Ce n'est pas seulement lors des accouchemens laborieux qu'il est important d'avoir à sa disposition un moyen propre à déterminer le volume de la tête du fœtus dans le canal utéro-pelvien. Ce moyen pourrait être encore avantageux, si l'on désirait connaître d'une manière plus exacte l'époque de la terminaison d'un accouchement naturel, en supposant toutefois qu'on s'est assuré de la nature des douleurs, de leur intensité et de la longueur de leurs intervalles.

Les considérations que je viens de présenter pourront surtout paraître utiles pour les circonstances où le bassin étant rétréci, la tête se trouve arrêtée au détroit supérieur ou dans l'excavation pelvienne. Alors, en effet, il est nécessaire de posséder le plus grand nombre de données pour déterminer si les efforts de la nature pourront suffire; si l'application des forceps doit seconder ces efforts; enfin, s'il est nécessaire de recourir à la section de la symphyse pubienne ou à la gastro-hystérotomie.

Je pourrais développer ces points fondamentaux de la doctrine des accouchemens laborieux, en faisant voir quelle lumière peut répandre sur cette science la détermination du volume de la tête du fœtus; mais la crainte de dépasser les limites que prescrit toujours un recueil périodique, m'engage à passer sous silence ce paragraphe, qui se trouve dans un Mémoire plus étendu, dont ces considérations sont extraites. J'ajouterai, en terminant,

que les recherches que j'ai entreprises pourraient encore être utiles pour la science anatomique, lors même qu'elles offriraient un intérêt médiocre sous le rapport des accouchemens.

RECHERCHES STATISTIQUES

Sur la durée moyenne des Fièvres intermittentes ;

(Mémoire lu à l'Institut, dans la séance du 17 janvier 1825.)

Par M. BAILLY, de Blois, D. M. P.

Il existe deux sources principales auxquelles on doit puiser pour connaître à fond la nature des maladies. La première est l'observation clinique et individuelle des symptômes qui se manifestent pendant leur durée, comparée aux altérations organiques qu'on rencontre dans les cadavres de ceux qui y succombent. La seconde, non moins importante que la première, consiste dans l'étude de ces maladies sur de grandes masses, et dans les résultats généraux que cette étude nous fait connaître. Ceux-ci, exempts de toutes les individualités et de toutes les exceptions dont les histoires isolées sont en quelque sorte composées, sont bien plus propres à nous dévoiler les lois organiques qui président à leur existence.

Il y a pour tous les actes vitaux qui s'exécutent en nous, des causes dont l'activité varie non-seulement sur des individus différens, mais encore sur les mêmes individus placés dans des circonstances différentes, et cette variété peut aller jusqu'au point de masquer les propriétés générales communes à tous les hommes.

Des observations minutieusement recueillies au lit des

malades peuvent donner aux accidens et aux exceptions qu'on y rencontre une importance qui, dans ces cas isolés, est réellement égale, et même quelquefois supérieure à celles des lois fondamentales de l'organisation; tandis qu'en étendant ses recherches sur une grande quantité d'individus, les exceptions se détruisent réciproquement, les forces les plus constantes deviennent sensibles en raison même de leur permanence, et l'on obtient dans toute leur pureté des notions précises sur les phénomènes généraux dont on désire connaître la nature intime. Les fièvres intermittentes n'ont jamais été étudiées en France au moyen des deux procédés dont nous venons de parler. Leur rareté dans nos hôpitaux est la cause de cette lacune; car les discussions qui se sont élevées dans ces derniers temps sur leur essence, et qui se continuent encore aujourd'hui, se seraient probablement terminées, si l'anatomie pathologique avait pu fournir des lumières sur cet objet.

Si l'Italie, par la fréquence bien plus grande de ces maladies, et leur réunion dans de grands hôpitaux, a été de tout temps bien plus favorable à leur étude que la France, de tout temps aussi elle a offert contre cette étude des obstacles qu'on a toujours craint de surmonter.

La fréquentation d'un hôpital situé précisément dans le quartier le plus mal-sain de Rome, et les ouvertures cadavériques faites pendant les chaleurs accablantes de l'été, sous un tel climat, ont dû effrayer les médecins de ce pays, instruits par expérience de la difficulté de lutter avec avantage contre tant de causes délétères au milieu des circonstances locales qui seules suffisent pour développer les maladies les plus graves chez ceux qui prennent le plus de soin de leur santé.

Les dangers attachés à de telles recherches ont été si vivement sentis par les médecins qui ont exercé à Rome et dans les autres pays marécageux de l'Italie, qu'ils ne nous ont guères laissé que des observations de guérison, et peu ou point d'ouvertures de cadavres.

Personne ne pouvait cependant mieux se livrer à ce travail que Lancisi, premier médecin d'un hôpital qui reçoit annuellement environ dix mille fiévreux. Quelle valeur n'aurait-il pas ajoutée à ses belles recherches sur les exhalaisons marécageuses, s'il y avait réuni des observations détaillées des altérations qu'elles produisent sur nos organes!

Mais, comme habitant du pays, il connaissait trop bien l'influence délétère d'un tel climat, sans y ajouter encore la fréquentation trop assidue de salles encombrées de fiévreux et des dissections multipliées de cadavres si rapidement décomposés par la putréfaction.

Baglivi lui-même, qui pratiqua la médecine dans la même ville, n'a pas plus fait que Lancisi sur ce point.

Torti, dont les recherches sur les fièvres intermittentes pernicieuses sont encore, sous un certain rapport, les plus précieuses que nous ayons, n'a point osé leur donner le complément que son séjour à Rome pouvait lui permettre d'y ajouter. Il n'a certainement jamais su quelles ont été les lésions organiques auxquelles ont succombé les fiévreux qu'il n'a pu sauver et dont il rapporte l'histoire.

Enfin, j'en dirai autant de Ramazzini à Modène; et de tous les médecins italiens qui ont écrit sur les fièvres intermittentes, et qui ont toujours craint de se livrer à des travaux que le climat et les circonstances locales propres à ces maladies rendent assez dangereux.

Cependant il faut avouer pour leur justification, que l'état de la médecine, aux différentes époques auxquelles ces médecins ont vécu, n'était point assez avancé pour qu'on eût l'idée d'élever sur ces maladies les questions qui ont été agitées en France à leur sujet. Il est bien probable que sans elles je n'aurais point entrepris d'éclairer cette branche de la pathologie, et que j'aurais hésité, comme les autres, à me livrer à des recherches d'anatomie pathologique, au milieu de toutes ces causes de destruction.

Dans le premier Mémoire que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie, j'ai donné un aperçu des observations cliniques, suivies des autopsies, que j'ai recueillies dans les hôpitaux de Rome; ce travail constitue le premier procédé que j'ai signalé comme indispensable pour la connaissance des maladies. Je vais maintenant faire connaître les résultats du second procédé, c'est-à-dire de l'étude de ces maladies sur une masse d'individus assez grande pour permettre aux exceptions de se neutraliser mutuellement, et pour faire saillir les lois générales de l'organisation aux prises avec ces affections.

L'hôpital du Saint-Esprit, à Rome, ne contient guères, pendant la plus grande partie de l'année, que des individus atteints de fièvres intermittentes, le quinquina y est administré chaque jour à plusieurs centaines de malades, et en général chacun d'eux avale cette substance à-peu-près depuis le jour de son arrivée jusqu'à celui de son départ. Or, d'après les tableaux publiés sur les données fournies par les registres mêmes de cet hôpital, il résulte que la durée moyenne du séjour de chaque individu est de deux septenaires environ. C'est au moins le résultat que j'ai obtenu, en opérant sur plus

de soixante mille malades. En admettant que les accès viennent en tierce, type le plus ordinaire de ces maladies, on aura sept à huit accès pour chaque individu.

Dans un rapport publié à Lyon, sur les fièvres intermittentes qui ont été traitées dans l'hôpital de cette ville, de 1806 à 1812, il est fait mention de près de six cents fiévreux, dont plus des trois quarts ont été guéris sans quinquina. On ne faisait alors usage que de la médecine symptomatique; les apozèmes, les purgatifs constituaient presque exclusivement le traitement thérapeutique de ces maladies. Or, la durée moyenne du séjour de ces individus, toutes circonstances locales à part, a été également d'environ deux septenaires.

En 1778, le docteur Causland ayant à traiter beaucoup de militaires affectés de fièvres intermittentes dans le Canada, et ayant épuisé sa provision de quinquina, imagina de le remplacer avec le tartre stibié, d'abord seul, puis uni à l'opium. En faisant le relevé des jours de traitement, il s'ensuit que la durée de ces fièvres, qui, en Amérique, sont le plus souvent quotidiennes ou doubles tierces, a été aussi de huit accès, ce qui équivaudrait à deux septenaires environ, si on les disposait en tierces, type ordinaire des fièvres intermittentes d'Europe.

Dans ces derniers temps, le docteur Peysson a proposé de nouveau, pour remplacer le quinquina, un mélange de tartre stibié et d'opium, mélange employé déjà autrefois en France, principalement à Montpellier : un assez grand nombre de malades ont été traités et guéris avec cette potion; mais en comptant le nombre des accès qui ont précédé l'administration de ce remède, et en y ajoutant ceux qui l'ont suivie, on obtient encore le

même résultat, c'est-à-dire que les malades ont eu environ huit accès en tout, lesquels ont employé un ou deux septenaires, suivant qu'ils se sont succédé en tierce ou en double tierce. Ainsi, des fièvres intermittentes, comme celles de Rome, traitées depuis le commencement jusqu'à la fin par le quinquina, celles de Lyon traitées sans quinquina; celles d'Amérique, traitées par l'émétique seul ou uni à l'opium; celles traitées par la potion du docteur Peysson ont toutes présenté huit accès ou une durée de deux septenaires, et ont nécessité de la part des malades un même séjour moyen d'un ou de deux septenaires, suivant le type qu'elles ont adopté.

Les fièvres intermittentes, considérées en général sur des milliers d'individus, ne sont donc point des affections nerveuses, susceptibles d'être arrêtées à volonté par des médicamens ou des procédés thérapeutiques agissant instantanément; elles ont donc une marche à suivre et des périodes à parcourir, et lorsqu'elles se terminent sous l'influence d'une médication quelconque à laquelle on attribue tout l'honneur de la guérison, elles ne font donc que céder spontanément à des remèdes qui ne réussissent que parce que la maladie était déjà par elle-même sur le point de disparaître.

En un mot, les fièvres intermittentes ont donc une durée nécessaire, qui, pour être abrégée dans quelques cas particuliers, n'en est pas moins invariable, examinée sur la généralité des individus.

Il est facile de concevoir combien est grande pour la pratique l'importance d'un tel fait. Nous allons rechercher sur quels principes physiologiques il est fondé. Hippocrate, et, depuis lui, tous les observateurs, ont

reconnu que les maladies aiguës avaient une durée de quatorze jours ou de deux septenaires. Or, d'après ce qui précède, la durée moyenne des fièvres intermittentes est précisément égale à celles des maladies aiguës. Il y a donc quelque chose de commun entre ces deux classes d'affections relativement aux actes organiques qui les constituent; et c'est en effet ce que de nombreuses recherches d'anatomie pathologique m'ont démontré, comme je l'ai indiqué dans un premier Mémoire, puisqu'ayant ouvert la presque totalité des fiévreux qui sont morts dans l'hôpital du Saint-Esprit pendant l'été de l'année 1822, j'ai constamment trouvé des phénomènes bien prononcés d'une inflammation des principaux organes.

Je suis loin de prétendre, pour cela, qu'une fièvre intermittente ne consiste que dans une inflammation; mais après avoir signalé le fait irrévocable que ces maladies ont, sous l'influence des traitemens les plus différens, une durée moyenne invariable; que cette durée est exactement celle des maladies aiguës, et que l'ouverture des cadavres nous apprend qu'on y rencontre les lésions qui constituent ces maladies aiguës, il me semble qu'on peut, sans aller au-delà de la vérité, affirmer que, dans les fièvres intermittentes, le retour et le nombre des accès est, dans le plus grand nombre des cas, sous la dépendance d'une inflammation intérieure, qui le plus souvent s'oppose à la cessation du mouvement fébrile, tant qu'elle n'a pas achevé son cours. Lorsque cette inflammation s'est dissipée, alors le quinquina, ou tout autre anti-périodique, réussit à s'opposer au retour du mouvement nerveux qui constitue l'accès fébrile.

Mais si ce mouvement nerveux, quelle que soit l'épo-

que où on cherche à le supprimer, doit de toute nécessité revenir un certain nombre de fois, d'après les lois organiques qui président à la disparition des maladies aiguës ou des inflammations, il est de toute inutilité d'administrer le quinquina ou autre fébrifuge, comme le font beaucoup de praticiens dès le début de la maladie. Car, comme je le démontrerai dans mon ouvrage d'après des tableaux de mortalité également recueillis aux hôpitaux de Rome, ce qui peut arriver de plus heureux d'après cette méthode, c'est de voir la fièvre résister aux remèdes qu'on lui oppose, et parcourir malgré eux le nombre de révolutions qui lui est assigné. Il n'est pas rare de voir la suppression subite des accès déterminer des accidens très-graves ou faire développer des maladies chroniques qui, lorsqu'elles ne sont pas promptement mortelles, ne laissent jamais l'individu revenir à son premier état de santé.

C'est en s'appuyant sur des faits de cette nature que Ramazzini a donné une apparence de raison aux vives déclamations qu'il a publiées sur l'emploi du quinquina, et dont tous les praticiens eussent entièrement adopté les conséquences, s'il n'avait pas voulu en faire une application à des affections qui, telles que les fièvres intermittentes pernicieuses, sortent tout-à-fait de la ligne des fièvres intermittentes simples, sous le rapport de leur durée et de leur traitement.

Au reste, les dangers qui résultent de la suppression brusque d'une fièvre intermittente sont reconnus depuis trop long-temps, pour que nous insistions davantage sur leur existence; mais ce qu'il importait, c'était de le démontrer par des recherches statistiques et par des travaux d'anatomie pathologique qui en fissent con-

naître la réalité et les raisons, surtout à une époque où, comme à la nôtre, on commence par douter des faits observés par nos prédécesseurs, tant qu'ils n'ont pas été rattachés à nos principes actuels de physiologie.

Il devient donc évident maintenant que la suppression d'un accès ne diminuant en rien l'inflammation interne, l'empêche seulement de se manifester par des symptômes généraux, puisqu'on paralyse les forces générales qui déterminent la fièvre, et qu'alors cette inflammation ne pouvant point continuer son cours sans exercer une influence nuisible sur l'économie, fait développer des accidens sympathiques et d'autres affections secondaires qui, pour marcher sourdement, n'en finissent pas moins par faire naître des lésions le plus souvent irrémédiables.

Notre intention n'étant point d'entrer dans des détails de médecine pratique qu'on trouvera dans notre ouvrage sur les fièvres intermittentes, nous allons terminer ce Mémoire par l'examen physiologique de la singulière circonstance d'organisation qui force les maladies aiguës, comme les fièvres intermittentes, à parcourir un nombre invariable de révolutions organiques.

Si la plupart des observateurs ont reconnu que certaines maladies avaient une durée moyenne toujours égale, considérée sur la majorité des malades, aucun, que je sache, n'a cherché à déterminer la cause physiologique de cette durée; et cependant on aurait dû penser qu'une telle notion devait être la vraie base de la médecine pratique.

Connaître pourquoi une maladie dure toujours un temps fixe et déterminé, n'était-ce pas être arrivé à la moitié du chemin qu'il fallait parcourir pour connaître

le fait dans tout son entier? Il ne devait plus rester à découvrir que le moyen de modifier à volonté ce qui, dans l'économie, donnait lieu à cette durée.

Pour bien apprécier les causes d'un fait aussi singulier, examinons le cas le plus simple, et un de ceux sur lesquels tous les médecins sont d'accord. Qu'est-ce qu'une pleurésie? Il n'est certainement personne qui ne croie avoir une idée nette de cette affection, et qui ne se contente de la regarder comme une inflammation de la plèvre : cette définition entraîne avec elle une notion si définitivement arrêtée dans l'esprit de tout le monde, que personne ne semble porté à y trouver le vague que la plupart des autres dénominations de maladies entraînent avec elles. Ce repos de l'esprit existe non-seulement sur la nature de cette maladie, mais encore sur le traitement qui lui convient. Il n'est personne qui ne saigne, plus ou moins abondamment, les malades atteints de cette affection, portée à un certain degré d'intensité. Tous les médecins savent qu'à l'ouverture des cadavres on rencontre des phénomènes, qui, tels que l'injection des vaisseaux sanguins, des épanchemens sanguinolens, la suppuration de la plèvre, etc., indiquent une activité plus grande de la circulation et des autres fonctions organiques de cette membrane.

Il résulte de tout cet ensemble un sentiment intérieur, qui nous porte à regarder la présence du sang dans le tissu de la plèvre comme la cause de tout le mal; et on applique ce sentiment à la connaissance et au traitement de toutes les inflammations. On saigne pour enlever cette cause, dont on ne croit pas devoir douter; et si, comme il arrive souvent par cette méthode, on ob-

tient des succès, rien ne vous porte à réfléchir de nouveau sur un fait qu'on suppose suffisamment approfondi puisqu'on a atteint le but désiré.

Voyons, cependant, jusqu'à quel point les idées générales que je viens d'énoncer sont fondées, et recherchons si la présence du sang dans nos tissus est la circonstance fondamentale d'une inflammation et la cause de sa durée.

Je suppose qu'un homme ordinaire ait habituellement quinze livres de sang; il se porte bien avec cette quantité, qui, par hypothèse, appartient à l'état physiologique. Un refroidissement subit lui cause une violente pleurésie; le voilà dangereusement malade avec la même quantité de sang qu'il avait quelques instans auparavant où sa santé était parfaite. On le saigne à plusieurs reprises; on lui ôte successivement quatre, six, huit livres de sang et plus, dans un temps assez court pour que l'économie ne puisse pas réparer de telles pertes. La pleurésie va cependant toujours en augmentant, et le malade succombe à une inflammation qui indique un excès de sang, enfin une activité vitale plus grande que dans l'état sain, quoique la masse des liquides ait perdu un quart, un tiers, la moitié peut-être de son total.

Mais, dira-t-on, c'est que le sang s'est ramassé dans la plèvre aux dépens de toute l'économie qui en est privée, et que la diminution opérée par les saignées n'a point suffi pour enlever aux vaisseaux de la plèvre tout le sang qui s'y est porté en excès.

Cette objection tombe d'elle-même à la vue d'un malade en proie à une fièvre violente qui pousse les liquides dans tous les vaisseaux de l'intérieur et de la surface du corps avec une activité inconnue dans l'état de santé. La

tête, le ventre et la peau sont bien certainement le siége d'une congestion sanguine bien plus forte pendant la durée d'une pleurésie accompagnée de fièvre, que pendant l'état sain. L'économie n'est donc point privée de sang pendant le cours des inflammations qui sont loin de déterminer un raptus de ce liquide dans un lieu circonscrit.

Pour prouver encore que la présence du sang n'est pas la cause de l'inflammation, je n'ai qu'à citer ces cas connus de tous les praticiens, et dans lesquels une pleurésie étant bien établie, on pourrait ôter, par une seule saignée, tout le sang au malade sans lui enlever cette maladie; il mourrait alors exsangue, et à l'ouverture on trouverait que la pleurésie n'a point disparu; on ne pourrait pas dire qu'il est mort guéri de la pleurésie, comme la chose serait possible s'il ne s'agissait que d'une simple congestion sanguine.

Or si, quelle que soit la quantité de sang qu'on enlève tout-à coup à un malade qui doit mourir d'une pleurésie, cette affection ne disparaît pas comme la cause qu'on lui suppose, si la plupart des inflammations convenablement traitées ne se guérissent point brusquement et aussi promptement qu'on tire du sang; si elles doivent de toute nécessité durer un temps donné, indiqué par l'observation de tous les temps et de tous les lieux; si elles peuvent tuer un malade à qui, depuis sa maladie, on aurait enlevé la plus grande partie de ses liquides, il faut donc en conclure forcément que ces affections ne sont pas entièrement le résultat d'un excès de sang dans les vaisseaux de la partie malade; que le changement organique qui s'est opéré dans un organe enflammé est indépendant du sang qui peut y circuler,

quoique ce changement ait dû s'opérer au moyen de ce liquide; enfin, que ce changement exige plusieurs jours pour disparaître, tandis que quelques secondes suffisent pour opérer les déplétions sanguines les plus considérables.

Une inflammation, une fois établie, consiste donc dans une altération fixe permanente, dans une modification de nutrition du tissu malade. Un organe qui s'enflamme acquiert donc, pendant tout le temps que sa maladie emploie pour se développer, des propriétés différentes de celle que la nutrition ordinaire lui apportait; et comme les actes de la nutrition sont lents et successifs, comme ils consistent dans un échange de molécules qui sont reprises à nos tissus ou qui leur sont apportées d'une manière continue, toute inflammation qui n'est que ce même travail fait avec des matériaux seulement modifiés, doit donc de toute nécessité employer un certain temps pour acquérir son maximum d'intensité et pour disparaître complètement.

Pour faire concevoir de quelle manière j'envisage le travail organique qui fait l'essence de l'inflammation, je dirai que ce phénomène pathologique est une modification de la nutrition, analogue, quant à la manière dont elle s'effectue, à celle qui survient, par exemple, dans le squelette des animaux nourris avec de la garance. Les nouvelles molécules rouges qui s'interposent parmi les molécules osseuses des animaux soumis à cette expérience, mettent plusieurs jours pour donner aux os le plus haut degré de coloration qu'ils peuvent recevoir; et lorsqu'on substitue la nourriture ordinaire à la garance, les molécules rouges disparaissent lentement et em-

ploient un tems déterminé pour s'en aller et pour laisser les os revenir à leur état antérieur.

Or, de même que la coloration des os ne disparaîtrait pas subitement par la soustraction totale du sang de l'animal, de même la modification particulière qu'un organe enflammé a acquise par la nutrition est d'une fixité qui exige un certain temps pour être détruite.

Il faut, dans ces deux cas, que le renouvellement successif des parties reprenne à l'organe malade ou modifié dans sa nutrition, les propriétés nouvelles que des influences particulières lui ont imprimées. C'est la nutrition qui a altéré le tissu enflammé, c'est elle qui est chargée de réparer le mal qu'elle a fait.

Sans doute, l'influence de la circulation et de la présence du sang dans un organe enflammé est très-grande, puisque c'est ce liquide qui est chargé de déposer dans nos tissus les molécules qui en renouvellent la composition et les propriétés; mais il est toujours facile de concevoir que, lorsqu'il a déposé pendant un certain nombre de révolutions organiques, des matériaux d'une nature particulière dans une partie malade, il peut être soustrait subitement de cette partie, sans que cette évacuation enlève tout-à-coup la composition qu'elle a acquise par une série d'actes nutritifs.

Je ne parle point ici des inflammations qu'on peut faire avorter presque subitement par un traitement énergique. On a certainement confondu sous le même nom de simples congestions sanguines avec des inflammations fixes, de la nature de celles que nous venons de décrire. Je sais que toute congestion peut déterminer, en se maintenant un certain temps, une véritable inflamma-

tion; mais tant qu'elle ne consiste que dans un engorgement sanguin qui n'a pu encore altérer la nutrition d'un organe, elle peut disparaître subitement par des saignées abondantes et des dérivatifs qui changent la direction du mouvement fluxionnaire. Tout ce que je viens de dire ne s'applique qu'aux inflammations bien établies et qui doivent employer plusieurs jours pour disparaître.

J'ai d'ailleurs indiqué les moyens de distinguer les congestions des inflammations fixes dans les fièvres intermittentes, ainsi que le traitement convenable dans ces différens cas.

C'est également sur la notion du phénomène physiologique qui explique la fixité et la durée nécessaire des maladies aiguës ou des inflammations, que j'ai basé la théorie du mode d'action de la saignée, dont l'emploi doit être si irrégulier, quand on ignore d'après quelles lois organiques elle concourt à la guérison de ces maladies.

Si la théorie de la nutrition nous indique la nécessité d'un certain nombre de révolutions organiques pour produire et pour détruire une inflammation, l'expérience seule peut nous apprendre combien il faut de ces révolutions pour faire développer et disparaître un tel phénomène.

C'est cette observation directe qui a appris depuis long-temps que cette durée était d'un septenaire pour la plupart des maladies éruptives légères, tandis que le cours des maladies aiguës avait lieu en quatorze jours, ou en deux septenaires. C'est également elle qui m'a fait découvrir que des affections aussi irrégulières en apparence, que les fièvres intermittentes, étaient soumises aux mêmes lois nécessaires que les maladies aiguës, et

que par leur durée elles appartenaient à l'une ou à l'autre classe de ces affections, c'est-à-dire qu'elles pouvaient se terminer en sept ou en quatorze jours, suivant leur degré d'intensité.

Cette singulière tendance de l'économie à marcher ainsi de septenaire en septenaire dans l'exécution de ses phénomènes morbides, a certainement de quoi nous étonner; mais l'état de santé n'est-il pas lui-même assujetti à ces espèces de mouvemens périodiques ou de circuits organiques, qui annoncent des mouvemens réguliers d'ensemble là où des observations trop légères ne nous faisaient voir que des faits se succédant sans ordre et sans liaison entre eux?

La menstruation arrivant tous les vingt-huit jours, c'est-à-dire au bout de quatre septenaires, est-elle donc plus facile à concevoir que des phénomènes organiques se terminant en sept ou en quatorze jours? L'apparition des dents, l'époque de la puberté, celle du retour chez les femmes, ne sont-elles pas, comme la durée moyenne des maladies, autant de faits primitifs de l'économie, constatés par l'observation et inexplicables dans leurs causes premières?

La théorie physiologique de la durée des maladies étant trouvée, il ne sera pas difficile d'en faire des applications à l'étude des autres affections, et je ne doute point qu'on ne puisse en obtenir des résultats précieux pour la physiologie comme pour la pathologie. Prouver que deux septenaires sont nécessaires pour voir terminer les maladies aiguës, c'est tout simplement prouver que les altérations de nutrition qui constituent les inflammations des membranes muqueuses sont quatorze jours à se produire et à disparaître; car on sait qu'en général

les anciens ne désignaient guère sous la dénomination de maladies aiguës que les fièvres et autres inflammations qui ont leur siége dans ce système organique. Mais chaque système vivant à sa manière, doit nécessairement offrir des différences dans son mode de nutrition, et par conséquent dans le temps qu'il lui faut pour devenir malade. Ainsi, les membranes séreuses, par exemple, le périoste et autres membrânes fibreuses, les tissus nerveux, osseux, musculaire, etc., ne mettent point, pour s'enflammer, un temps égal à celui des autres; et quoique nous ayons déjà quelques données sur cet objet, cependant, comme il n'a jamais été possible de recueillir des renseignemens assez étendus pour connaître ce qui en est, il faut espérer que des travaux ultérieurs complèteront ce qui manque à la physiologie et à l'anatomie pathologique sous ce rapport.

Il serait à désirer que les médecins des hôpitaux s'occupassent de faire faire pour chaque maladie des tableaux statistiques, dans lesquels on verrait le séjour moyen des individus atteints de la même affection; car ceux qu'on publie en France ne donnant que la durée moyenne du séjour de tous les malades d'un même hôpital, sont d'une inutilité complète pour la médecine, cette durée n'étant celle d'aucune des maladies qui y sont traitées, en raison de la réunion des individus offrant les affections les plus dissemblables. Quelle notion utile peut-on retirer d'un tableau dans lequel une pleurésie, qui dure quinze jours, est confondue avec une fracture, qui retient le blessé deux mois dans l'hôpital?

Les hôpitaux de Rome n'ont point l'inconvénient des nôtres sous ce rapport, chacun d'eux ne recevant que des maladies qui, comme les fièvres intermittentes et les

pleurésies, ayant une marche à-peu-près la même et bien plus régulière qu'en France, donnent, par le mouvement général de tout l'hôpital, un résultat moyen qui diffère peu de la durée moyenne particulière à chaque affection.

Il faut donc espérer que l'on fera pour les autres maladies ce que j'ai fait pour les fièvres intermittentes, et qu'à des recherches détaillées faites sur des individus isolés, on réunira des tableaux généraux obtenus de l'observation de plusieurs milliers de malade. Ces premiers indiquent comment la chose se passe dans nos organes étudiés dans leurs élémens, tandis que les résultats généraux nous indiquent le temps qu'elle emploie pour s'effectuer, ou plûtôt la loi de l'organisation dégagée de toute influence individuelle.

La connaissance de la durée moyenne des maladies en général et des fièvres intermittentes en particulier, n'est pas seulement précieuse pour la physiologie, elle offre des conséquences très-importantes pour la pathologie. Je me bornerai à indiquer seulement les plus utiles.

Il suit de tout ce qui précède,

1°. Que les fièvres intermittentes sont composées de phénomènes inflammatoires et du mouvement nerveux général qui constitue l'accès fébrile proprement dit;

2°. Que ces phénomènes inflammatoires consistant dans une altération de nutrition, doivent offrir une durée nécessaire fondée sur le fait physiologique de la composition et de la décomposition de nos organes;

3°. Que le renouvellement moléculaire de nos parties par les actes de la nutrition, s'opérant lentement et successivement, est la cause physiologique de la durée nécessaire des inflammations et des maladies aiguës;

4°. Que de nombreuses ouvertures de cadavres s'accordent avec les tableaux du mouvement des hôpitaux de Rome, pour ranger les fièvres intermittentes parmi les maladies aiguës, puisque les premières m'ont toujours montré des lésions organiques qui font la base des maladies aiguës, et que par les tableaux statistiques il est prouvé que leur durée moyenne est la même que celle qu'on a de tout temps reconnue à ces affections;

5°. Que le meilleur moyen d'abréger la durée des fièvres intermittentes est de combattre l'inflammation interne;

6°. Que le mouvement nerveux qui constitue l'accès fébrile et qui est attaquable par le quinquina, résiste en général à ce fébrifuge tant que l'inflammation interne n'a point achevé son cours.

7°. Que dans les cas simples il suffit de détruire cette inflammation pour faire cesser la fièvre, qui, si elle persiste par habitude, se dissipe facilement par les anti-périodiques, qu'on administre alors avec le plus grand succès;

8°. Que la suppression brusque du mouvement fébrile par les fébrifuges ne détruisant point l'inflammation qui existe avec lui, celle-ci, au lieu de réagir sur les systèmes sanguin et nerveux pour développer la fièvre, réagit sourdement sur d'autres organes et finit par amener des lésions profondes qui, pour n'être pas toujours accompagnées de symptômes bien apparens, n'en minent pas moins la santé générale en déterminant des altérations organiques le plus souvent irrémédiables;

9°. Que l'administration des anti-périodiques au début de la maladie a l'inconvénient de faire prendre inutile-

ment de grandes doses de médicamens, dont les dernières seulement peuvent être efficaces;

10°. Qu'en ne donnant les fébrifuges qu'à la fin de la maladie, non-seulement on ne court point risque de troubler la marche de cette affection, mais encore on a l'avantage de la terminer avec des doses extrêmement faibles;

11°. Que cette méthode diminue considérablement les chances de rechutes si fréquentes chez ceux dont on a cherché à combattre seulement l'accès fébrile;

12°. Enfin, qu'elle diminue de beaucoup la dépense d'un traitement toujours trop cher pour la classe indigente quand on est obligé d'employer une grande quantité de sulfate de quinine.

CONSIDÉRATIONS

Sur le Catarrhe et l'état catarrhal;

Par Ant. Dugès.

Dans l'année 1822, la Société de Médecine de Montpellier proposa, pour sujet de concours aux prix qu'elle distribuait chaque année, la question suivante: « Quelle » a été l'opinion des Anciens et quelle est celle des Mo- » dernes sur le catarrhe? Quelles sont les maladies qui en » dépendent essentiellement, et par quel traitement res- » pectif peut-on les combattre? » Cette question permettait de développer et de comparer des doctrines fort opposées, et notamment celles de deux Écoles rivales. J'ignore comment elle a été traitée. Le hasard l'ayant récemment remise sous mes yeux, j'ai cru y trouver un sujet convenable à la position dans laquelle je me trouve,

appartenant, comme Professeur, à l'une de ces Écoles, et à l'autre, comme ancien élève et comme agrégé. Également versé, sur ce point de pathologie, dans la connaissance des théories les plus anciennes et les plus modernes, je pourrai les comparer, les discuter, les rapprocher, les concilier peut-être, et de leur fusion faire naître d'autres théories moins exclusives et applicables à tous les faits, même à ceux qui fournissent le plus vaste champ à la controverse médicale.

Les plus anciens médecins ont fait mention du catarrhe, quoique Platon affirme que cette maladie était inconnue au temps d'Homère.

Dès les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, elle fut attribuée à l'écoulement d'une humeur âcre qui, formée dans le cerveau, descendait tantôt sur les fosses nasales, sur la gorge et sur le poumon (1), tantôt sur les nerfs et sur les muscles; théories que Van Helmont avait déjà tournées en ridicule dans un pamphlet intitulé *Catarrhi deliramenta*, et dont Botal même, tout en conservant le caractère humoral de la maladie, avait déjà attaqué la principale source. De ces théories vient la confusion qui existe dans les anciens auteurs entre le rhumatisme et l'état catarrhal; de-là viennent les mots de rhume, de rhumatisme, et de catarrhe, de fluxion, de *destillation*. L'analogie des causes qui produisent les catarrhes et les douleurs rhumatismales (froid humide) la fièvre et la courbature (2) qui accompagnent l'invasion

(1) *Si fluat ad pectus dicatur rheuma catarrhus,*
Ad nares esto coryza; ad fauces branchus.

(2) Ajoutez à cela les douleurs contusives que le catarrhe pulmonaire fait souvent naître dans les muscles du thorax et de l'abdomen, et qui ne sont dues qu'à la fatigue que cause une toux fréquemment répétée.

de l'une et de l'autre de ces affections, leur fréquente complication mutuelle, avaient pu porter à les regarder comme le résultat d'une même condition morbide. D'un autre côté, l'écoulement séreux, muqueux, puriforme, et plus ou moins âcre, qui est un des symptômes du catarrhe, a pu faire croire que ces humeurs en étaient la cause matérielle, et la céphalalgie, par laquelle débute ordinairement tout catarrhe, pouvait donner à penser que ces humeurs partaient de la tête. La progression des phénomènes même du catarrhe, qui fort souvent envahit successivement la poitrine, la gorge et le poumon, semblait conserver cette théorie humorale. On y voyait la *destillation* progressive des humeurs portées de haut en bas par leur propre poids. De pareilles théories ne pouvaient subsister avec des connaissances anatomiques et physiologiques aussi positives que celles que nous possédons aujourd'hui; aussi furent-elles généralement abandonnées par les pathologistes modernes, mais non pas en suivant une seule et même route. Les uns, laissant de côté ce que les anciennes doctrines avaient de trop invraisemblable et de trop grossier, continuèrent à voir, dans l'état catarrhal, une disposition *sui generis*, un état maladif de tout l'organisme, un état fluxionnaire dont les symptômes locaux sont la suite, l'effet et non la cause, et appartiennent à un ordre particulier distinct et différent de l'inflammation. Les autres, marchant sur les traces de Bichat et de Pinel, et s'en tenant aux résultats de l'examen du cadavre, ne virent plus dans l'état catarrhal que l'inflammation d'une membrane muqueuse, et considérèrent comme sympathiques et secondaires les symptômes généraux qui se remarquent dans ce genre de maladies;

tout-à-fait opposés en cela aux Anciens, qui regardaient l'inflammation comme l'effet de l'âcreté des humeurs catarrhales (Botal, p. 18), et comme un accident qui ne constituait pas l'essence du mal (Idem, *De Catarrho*, p. 7 et suiv.) En pesant les argumens des uns et des autres, il m'a semblé que, dans la plupart des cas, c'était avec raison que les premiers regardaient l'état général comme primitif et comme cause des symptômes locaux, et que c'était avec non moins de justice que les deuxièmes soutenaient le caractère inflammatoire de ces mêmes symptômes. Ces deux propositions, que Brown a semblé vouloir réunir en classant le catarrhe parmi les phlegmasies, n'ont, à mon sens, rien de contradictoire; elles s'accordent, au contraire, à rendre raison de tous les faits, ainsi que je vais tâcher de le faire voir dans cette Dissertation, et que je l'avais déjà fait entendre dans mon *Essai sur la nature des fièvres, de l'inflammation*, etc. « Toute affection fébrile, disais-je alors, peut être regardée comme une exaltation générale du système nerveux ; la totalité de ce système est alors affectée, mais toutes les parties ne le sont pas au même degré. Au contraire même, presque toujours une portion plus ou moins étendue est primitivement ou secondairement en état de surexaltation, tandis que le reste est en exaltation simple... C'est ainsi que, chez une personne sujette aux catarrhes pulmonaires, la moindre exaltation générale reproduit l'inflammation de la muqueuse bronchique.. » Et plus bas : « La fièvre (exaltation générale) peut amener la surexaltation locale, pour peu qu'un organe y soit plus disposé que le reste de l'économie. Si la fièvre fait naître la phlogose des membranes muqueuses, cette phlogose n'est que secondaire; com-

battez la fièvre, et la phlogose disparaîtra avec elle. »
Analysons les principaux faits de l'histoire des affections catarrhales, et nous y trouverons, je pense, la preuve de ces assertions.

Article Ier. *Causes.*

Envisageant la question sous ses rapports avec la physiologie pathologique, c'est moins sur la nature même des causes, sur leur nombre, etc., que sur leur manière d'agir, que nous devons porter notre attention. Et d'abord, parmi les causes prédisposantes, il en est qui pourraient servir d'argumens aux antagonistes du caractère inflammatoire des affections catarrhales. D'où vient, dirait-on, que ces affections sont si fréquentes, si opiniâtres chez des sujets lymphatiques, à constitution molle, chez des vieillards cacochymes (Botal, pag. 38). L'inflammation ne devrait-elle pas préférablement attaquer les sujets sanguins et robustes? Oui, sans doute; mais, si l'on considère attentivement l'état des choses, on se convaincra sans peine que cette objection n'est que spécieuse. Personne, plus que les sujets sanguins, n'est exposé aux affections catarrhales de la conjonctive, de la gorge, de l'estomac ou du poumon, etc.; mais, chez de pareils sujets, la maladie est courte, sa marche est rapide; elle se dissipe promptement, ou bien, si elle s'aggrave, elle offre alors des phénomènes inflammatoires si évidens; que nos anciens n'y voyaient plus la même maladie; le catarrhe guttural était devenu une angine, le pulmonaire, une pneumonie; la gastrique, une gastrite; la suppression des évacuations muqueuses; qui est la suite ordinaire d'un accroissement d'irritation, confirmait cette manière de

considérer les choses; il n'y avait plus de catarrhe, mais une inflammation, dès que la sécrétion était supprimée. Chez les sujets lymphatiques, au contraire, la maladie marche avec lenteur; on a donc plus de temps pour l'observer. L'inflammation est plus intense, et par conséquent les évacuations muqueuses et séreuses, au lieu d'être supprimées, deviennent plus abondantes : c'était le catarrhe, la *destillatio* des Anciens. Nous verrons plus bas que ces différences ne tiennent réellement qu'au degré d'excitation locale, souvent même à la période à laquelle est parvenue la maladie, et qu'elles ne suffisent par conséquent point pour lui faire donner des noms différens.

Quant aux causes efficientes, leur mode d'action varie suivant deux conditions bien distinctes, et qui ont la plus grande influence sur le véritable caractère du mal, sur son pronostic et son traitement : ce sont ces deux conditions qui distinguent le catarrhe idiopathique ou primitif, et le catarrhe symptomatique, sympathique, ou secondaire.

1°. *Catarrhe idiopathique* ou *primitif*. L'inspiration d'une vapeur irritante, d'un air chargé de particules pulvérulentes, l'ingestion de substances stimulantes, etc., produisent par fois un état catarrhal bien évident à la conjonctive, à la pituitaire, à l'arrière-bouche, dans les bronches, dans l'estomac ou les intestins, si l'on veut toutefois regarder comme tels, pour ces derniers, l'état gastrique et la diarrhée. Un virus peut produire sur la conjonctive, la pituitaire, la membrane auriculaire, ou celle de l'urèthre, des effets analogues. Le froid, appliqué aux membranes muqueuses, produit par fois un effet semblable; il le produit par la réaction

qui suit ordinairement la torpeur qu'il a d'abord occasionée. Dans tous ces cas, l'action irritante de la cause a été bien évidente, le caractère inflammatoire du mal est certain, et, chose remarquable! les symptômes locaux du catarrhe primitif sont les mêmes que ceux du secondaire; ce qui semble déjà annoncer une identité parfaite. Dans ces cas, aussi, l'état d'excitation locale se propage par fois à toute l'économie, ou si l'on veut, à tout le système nerveux qui l'anime : de là naissent la fièvre et les autres symptômes généraux, tous ressemblant plus ou moins à ceux qui marchent avec le catarrhe secondaire; mais il faut bien noter que ces symptômes ne paraissent qu'après l'inflammation locale; que leur intensité est toujours proportionnelle à celle de l'inflammation; qu'ils cessent avec elle ou même avant elle, et ne subsistent point sans elle; preuve évidente qu'ils sont sous sa dépendance, qu'ils en sont l'effet.

2°. *Catarrhe symptomatique* ou *secondaire.* Les cas ci-dessus mentionnés ne sont pas, à beaucoup près, les plus ordinaires. Dans la majeure partie des affections catarrhales, soit épidémiques ou endémiques, soit sporadiques, la cause morbifique agit loin du lieu qui paraît être ensuite le principal siége du mal. Ici se présente encore une subdivision relative à la nature des causes productives, entre les affections catarrhales qui paraissent dépendre de la température de l'air, et celles qui semblent dues à des miasmes.

A. On a dit depuis fort long-temps, et l'expérience l'a confirmé, que c'était moins au froid lui-même qu'à des variations subites de la température qu'on devait attribuer la production des affections catarrhales. La succession rapide du froid au chaud, et du chaud

au froid, en rend les effets plus violens : « Plus la chaleur précédemment éprouvée a été forte, et plus le froid actuel est vif, plus aussi la torpeur sera profonde (1) : une profonde torpeur sera suivie d'une réaction violente. » Telle est en effet la constitution du corps humain, que l'épuisement succède à l'activité, et l'activité au repos, et que l'intensité de l'un est toujours en raison de celle de l'autre ; que le froid ait frappé tout le corps, ou seulement une partie (courant d'air, boisson glacée), les effets stupéfians n'en ont pas moins porté sur toute l'économie, la réaction n'en a pas moins été générale. Donc les symptômes doivent paraître d'abord, donc ils sont l'affection principale, et il serait ridicule de les attribuer à une inflammation qui n'existe pas encore. Cette inflammation est au contraire l'effet de l'excitation générale (2) ; mais, dira-t-on, pourquoi cette excitation universelle se montre-t-elle plus forte dans certaine membrane muqueuse que dans le reste de l'économie? C'est que cette membrane était, de longue main, disposée à l'inflammation par d'autres excitations antécédentes, par des catarrhes antérieurs ; ou bien, c'est que le froid et le chaud, dont l'action successive a donné lieu à la maladie, ont porté sur la membrane en question plus fortement que sur le reste de l'économie. (*Voyez* ESSAI, tom. Ier, pag. 29 et 374.) L'analyse des

---

(1) Personne n'ignore que le froid engourdit, diminue la vitalité : ses effets locaux sont le resserrement, la pâleur, l'insensibilité, la gangrène : ses effets généraux sont la débilitation, l'engourdissement, la somnolence, la faiblesse du pouls, la syncope et la mort.

(2) L'abus des alcooliques produit, chez les personnes qui n'en ont pas l'habitude, une excitation universelle, suivie le lendemain de l'ivresse, par un état catarrhal universel. J'ai vu le baume de copahu produire d'abord une fièvre assez forte, puis un catarrhe général.

symptômes confirmera cette manière de voir (1) que j'ai entendu développer fort clairement, à-peu-près dans les mêmes termes, par l'un des plus éloquens professeurs de notre école, M. Lordat.

B. La plupart des fièvres pestilentielles miasmatiques, la majeure partie même des fièvres graves, sont accompagnées d'affections catarrhales, c'est-à-dire d'un état inflammatoire dans la plupart des membranes muqueuses. « Les fièvres catarrhales composent la majeure partie de celles qu'on nomme *ataxiques* ou *adynamiques*; la conjonctive, la pituitaire, la muqueuse de la langue, la gutturale, la tympanique (*Surdité des Femmes*, Adyn.), la bronchique et celle des voies digestives, celle de la vessie et de l'urètre (*Micturitions*), sont quelquefois simultanément enflammées; d'autre fois l'inflammation est bornée à la gorge, aux voies aériennes, à l'estomac et à l'intestin. » Ces inflammations, loin de précéder la fièvre, ne paraissent que lorsqu'elle acquiert une grande intensité: souvent elles disparaissent avant la fièvre, dans les cas même où celle-ci devient mortelle; ils en

(1) On attribue souvent alors le catarrhe à la suppression de la transpiration, surtout de la sueur; mais cette maladie a été prise le plus souvent après des altérations de chaud et de froid, sans qu'il y ait eu sueur, et par conséquent sans suppression. En deuxième lieu, on peut dire qu'une sueur arrêtée et une sueur non excitée reviennent au même: la pléthore sera même moindre dans le premier cas que dans le deuxième, puisqu'il y aura eu déjà évacuation avant la suppression. La matière de la transpiration n'est point toute formée dans ses réservoirs, d'où elle puisse être résorbée et transportée ailleurs: elle se forme continuellement à la surface de la peau; il ne peut donc s'opérer par ce moyen aucune métastase. La sueur est le signe d'une excitation intérieure. S'exposer au froid pendant sa durée, c'est s'exposer à une torpeur violente que suivra une réaction proportionnelle. La matière de la sueur n'est pour rien dans ces phénomènes.

sont donc l'effet et la dépendance (Sennert), comme les éruptions cutanées sont l'effet et la dépendance de l'état fébrile qui les amène. Les catarrhes de ce genre, fréquemment accompagnés de phlegmasies cutanées (variole, rougeole, exanthème du typhus (1), miliaire, etc.), ainsi que je viens de le dire, dépendent de la même origine. Il n'est pas difficile de concevoir pourquoi la peau et les membranes muqueuses sont alors plus irritées que le reste de l'économie. « La fièvre agit principalement sur les membranes muqueuses et la peau, parties très-vasculeuses et très-nerveuses, parties continuellement exposées aux influences atmosphériques, et qui conservent de là une activité, une sensibilité plus grande, parties qui, d'ailleurs, ont pu être immédiatement impressionnées par les miasmes au moment de leur introduction ; de là une surexcitation qui les rend susceptibles d'inflammation lorsque le miasme transmis dans le sang aura produit la fièvre. »

Symptômes et marche.

Nous nous sommes proposé de prouver deux points dans cette dissertation : 1°. la nature inflammatoire du catarrhe ; 2°. sa fréquente dépendance d'un état général. Je ne parlerai donc que des symptômes relatifs à ces deux points, mon but n'étant pas de donner une histoire complète des affections catarrhales, sujet infiniment trop vaste pour le temps que d'autres occupations me laissent.

---

(1) Il ne faut pas confondre les *plaques* rouges du typhus avec les *taches* pourprées ou pétéchies. Les premières sont une véritable inflammation de la peau ; les deuxièmes ne sont que le résultat d'une ecchymose comparable aux taches du scorbut.

La première de ces propositions est on ne peut plus évidente pour le catarrhe idiopathique ou primitif; voudrait-on pour cela lui refuser le nom de catarrhe vrai, et lui réserver celui d'inflammatoire ? Mais alors, je le demande, quelle différence existe-t-il, dans les symptômes locaux, entre cette inflammation et le catarrhe qui suit un état fébrile, ou, pour emprunter le langage de notre école, une fluxion générale ? Si la membrane muqueuse principalement affectée est accessible à vos yeux, dans l'un comme dans l'autre cas vous la voyez tuméfiée, rougie fortement; elle est le siége d'un sentiment douloureux et surtout d'une extrême sensibilité, tandis que souvent elle était tout-à-fait insensible dans son état naturel. Cette douleur est accompagnée aussi d'un sentiment de chaleur qui complète le groupe des symptômes caractéristiques de l'inflammation. Que le catarrhe soit primitif ou secondaire, l'ouverture du cadavre des sujets qui y ont succombé vous montre, dans l'un comme dans l'autre, la rougeur, l'épaississement, les exsudations puriformes ou membraniformes, qui sont les produits ordinaires de l'inflammation. La peau qui entoure les ouvertures des muqueuses affectées participe ordinairement à l'inflammation; de là la rougeur, le gonflement, les gerçures, les pustules qui environnent par fois les narines, la bouche, les yeux, l'anus même, etc., dans les catarrhes des membranes voisines.

Dans l'un comme dans l'autre genre de catarrhes, au début, et lorsque l'inflammation est très-violente, le mouvement fébrile très-intense, la sécrétion de la membrane est supprimée ou réduite à une légère exsudation séreuse (Andral) : il en est de même d'un cautère, d'un vésicatoire ancien, dont une irritation violente

arrête la suppuration pour faire place à un écoulement sanieux. Cet état d'irritation persiste-t-il, il se forme une couenne albumineuse sur la muqueuse, comme sur la peau dénudée par le vésicatoire. L'inflammation, dans tous ces divers cas, diminue-t-elle d'un degré, aussitôt un écoulement purulent ou puriforme s'établit avec abondance; aussi les maturatifs ne sont autre chose qu'un mélange d'émolliens qui préviennent un excès d'irritation, et d'excitans qui soutiennent l'inflammation à un degré assez élevé pour que la suppuration ait lieu, et la suppuration n'est qu'une sécrétion ou exhalation modifiée par l'état inflammatoire des tissus.

Si la maladie passe à l'état chronique, les symptômes inflammatoires deviennent moins évidens; ils peuvent même disparaître totalement, et laisser des flux véritablement asthéniques, comme sont, je pense, les fleurs blanches, les crachats muqueux des vieillards. Sans doute, c'est la considération de ces catarrhes chroniques qui a fait douter du caractère inflammatoire des catarrhes en général. Mais ne voyons-nous pas l'inflammation devenir presque nulle dans un ancien ulcère, dans un abcès froid, dans un squirrhe dont les principes ont offert le caractère inflammatoire le plus évident? Cette adynamie locale, comme je l'ai appelée ailleurs, est la suite naturelle d'une surexcitation long-temps prolongée; c'est l'épuisement qui suit le travail excessif: loin donc de prouver contre la nature inflammatoire du catarrhe aigu, cette circonstance est pour moi un argument de plus.

Si vous jetez un coup-d'œil sur les complications ordinaires de l'affection qui nous occupe, et sur ses transformations, le caractère en deviendra moins douteux encore. Nous avons déjà dit qu'un catarrhe universel,

mais plus ou moins intense dans diverses membranes, accompagnait souvent les fièvres éruptives; or, le caractère inflammatoire des exanthèmes est bien évident. Nous avons dit aussi que le caractère pulmonaire dégénérait souvent en pneumonie, et l'on peut dire qu'il n'y a point de pneumonie et même de pleurésie sans catarrhe pulmonaire. C'en est assez sur ce point, passons à la deuxième proposition.

Comme nous l'avons fait dans le premier article, nous prendrons nos preuves dans deux ordres de maladies, les fièvres catarrhales proprement dites, et les fièvres miasmatiques éruptives, etc.

A. Qu'une personne disposée aux affections inflammatoires ait été exposée à un froid humide et long-temps prolongé, qu'elle passe ensuite tout-à-coup dans un lieu échauffé, la réaction s'établit d'abord, un mouvement fébrile se déclare : si la cause morbifique a agi fortement, cette première excitation sera suivie d'une torpeur générale, d'un frisson bientôt remplacé par une réaction nouvelle plus violente que la première. La fièvre est alors bien établie, chaleur et rougeur générale de la peau, céphalalgie, brisement des membres, mal-aise général, soif, etc.. Après un ou deux jours de durée de cet état, l'enchifrènement se déclare, la gorge devient douloureuse, la poitrine est gênée, la respiration un peu difficile et accompagnée de douleur sous le sternum, puis la toux survient, et enfin l'état catarrhal s'établit manifestement. Par fois les intestins et l'estomac participent à cet état; un embarras gastrique, des vomissemens muqueux ou bilieux, la diarrhée, se déclarent. L'inflammation est ici bien évidemment consécutive à l'état fébrile. Deux marches différentes peuvent s'établir alors :

1°. Ou bien c'est l'inflammation qui se prononce plus fortement sur un point particulier des muqueuses, et cette inflammation persiste encore, quoique la fièvre disparaisse, preuve évidente que cette fièvre n'en est pas l'effet; car, la cause persistant, la fièvre devrait persister aussi (1); au lieu qu'on peut concevoir que l'effet persiste après que la cause a disparu, si elle a produit un changement durable dans l'économie; 2°. ou bien c'est la fièvre qui, étant plus grave, marche avec moins de rapidité; sa durée est plus longue, elle passe parfois à l'adynamie, et pendant ce temps l'état inflammatoire local a cessé ou a fait place à des ulcérations qui ont pu parfois se cicatriser sans empêcher la maladie d'avoir une marche funeste, preuve certaine que l'état général est indépendant de l'état local et n'en est point l'effet, comme le pensent bien des médecins de nos jours (2). Le croup même, dont la nature et les effets semblent si bien connus, me semble être fréquemment la dépendance d'une fièvre générale. L'angine laryngée paraît être fort souvent secondaire et consécutive à un état d'exaltation universelle. On ne saurait en douter relativement à l'angine morbilleuse ou varioleuse. Pourquoi n'en serait-il pas de même d'un grand nombre de cas réputés simples et primitifs? 1°. Les causes en sont rarement

(1) M. Cruveilhier, mon collègue et mon ami, a fait des remarques analogues au sujet de la pneumonie ; il a vu l'hépatisation persister au même degré quoique la fièvre eût cédé aux saignées et aux antiphlogistiques. Donc l'inflammation du poumon n'était pas cause de la fièvre.

(2) Notons en passant que bien des fois on a pris pour des cicatrices, et peut-être pour des escarres, ou du moins pour des éruptions intérieures, les follicules muqueux de la muqueuse intestinale, et surtout les groupes que Peyer a nommés *plexus glanduleux*.

évidentes, du moins les causes locales; il faut donc qu'elles soient internes, c'est-à-dire qu'elles dépendent d'un état maladif général. 2°. Les symptômes fébriles précèdent souvent de plusieurs jours l'invasion du croup, et offrent constamment, dès les premiers momens de leur apparition, un caractère grave et fâcheux. 3°. Avec le croup et avant lui, se montrent d'autres symptômes catarrhaux (angine, coryza, catarrhe pulmonaire, gastrite, entérite), souvent assez intenses, et presque toujours répartis sur un assez grand nombre d'organes. 4°. La mort arrive quelquefois sans qu'on rencontre dans les voies aériennes des obstacles suffisans pour faire croire que la suffocation ait seule enlevé le malade, (enduit pulpeux). La mort a eu lieu, dans certains cas, même après l'expulsion des fausses membranes, après la trachéotomie, etc. De toutes ces considérations je me crois en droit de conclure que l'angine laryngée n'est fort souvent qu'un effet, un symptôme de fièvre catarrhale, mais effet très-fâcheux, très-grave par lui-même, qui accélère l'adynamie, et lui imprime un caractère particulier dépendant de la lésion d'une fonction aussi importante que l'est la respiration, et, par suite, de la circulation qui lui est immédiatement liée.

B. Dans les fièvres éruptives et pestilentielles, la dépendance est bien plus manifeste encore : non-seulement la fièvre précède l'état catarrhal, mais elle lui survit de beaucoup : si l'on a des exemples d'épidémies de gastro-entérites, de dysenteries, d'angines, etc., qui devenaient le symptôme principal, et qui, passant à la gangrène, étaient par elles-mêmes la cause de la mort, il en est bien davantage dans lesquelles l'état catarrhal ne constituait qu'une courte période de la maladie (typhus),

et ne laissait après la mort aucune trace de son existence, ou des traces si faibles, si légères, qu'on ne pourrait, sous peine de ridicule, leur attribuer la moindre influence fâcheuse sur l'état du malade, puisque les cadavres des hommes morts par suite d'un accident subit, au milieu de la plus belle santé, ont offert des rougeurs analogues à celles qu'on trouve alors dans les intestins, et en ont même offert de plus considérables. D'ailleurs, « toute inflammation qui parcourt toutes ses périodes, et qui devient funeste, doit laisser des traces profondes dans le tissu de l'organe affecté. Jamais une pleurésie n'a fait périr un individu sans qu'on n'ait trouvé un épanchement, des couennes albumineuses, etc. »

Effets du Régime et des Médicamens.

Les considérations qui précèdent sont de la plus grande importance, relativement à l'établissement des indications et au mode de traitement qu'il faut suivre : en effet, si le catarrhe était un simple flux humoral, il semblerait judicieux de commencer, comme les anciens, le traitement par des purgatifs, des sudorifiques actifs et capables de chasser du corps toutes les humeurs âcres et irritantes (Botal, pag. 43), et de recourir, le plus promptement possible, aux vésicatoires (Barthez, *Traitement des Fluxions*). Si c'est une inflammation locale, il faudra se contenter d'une saignée locale et des antiphlogistiques locaux. Mais si c'est, comme nous le pensons, une inflammation qui dépende d'un état général, n'est-il pas évident que, d'une part, vos purgatifs et vos sudorifiques énergiques aggraveront l'excitation universelle; que vos épispastiques accroîtront l'in-

flammation (*Barthez*, ouv. cit., p. 40), et que, d'autre part, c'est en vain qu'on s'attacherait à calmer isolément la partie principalement affectée? Ce serait agir passagèrement sur l'effet sans détruire la cause; ce serait entreprendre le travail des Danaïdes. L'expérience de tous les jours prouve la vérité de ces principes. En effet, de tout temps on a reconnu la nécessité des évacuations sanguines dans les catarrhes un peu intenses. (*Botal*, p. 55; *Barthez*, p. 13); on a reconnu également l'utilité des adoucissans, des tempérans, en un mot, des antiphlogistiques; mais peut-être n'a-t-on pas toujours assez insisté sur l'application universelle de ces moyens. De nos jours, surtout, certains praticiens, n'envisageant que la membrane enflammée, bornent leurs soins à l'application de quelques sangsues dans le voisinage, et de quelques topiques mucilagineux; méthode fort bonne contre le catarrhe idiopathique, mais insuffisante dans les catarrhes secondaires ou symptomatiques. Ces médecins semblent avoir oublié les nombreux succès qu'ont généralement obtenus la saignée générale, les bains, les boissons aqueuses et abondantes, etc. Ils ne font pas attention d'ailleurs, que, dans le plus grand nombre des cas, toutes les membranes villeuses sont simultanément excitées, bien qu'une partie de ces membranes soit plus fortement emflammée que le reste. Que dirait-on d'un médecin qui, dans la rougeole et la scarlatine, appliquerait ses antiphlogistiques sur une petite portion de la peau, sous prétexte qu'étant plus abondamment pourvue de boutons ou de taches, on doit la considérer comme le siége exclusif de la maladie? « La fièvre catarrhale, est-il dit dans la Revue Médicale, (décembre 1824, p. 340),

est aux membranes muqueuses ce que la scarlatine est à la peau; toutes les régions du même système sont également exposées à l'inflammation; et de même que dans l'exanthème cutané, la poitrine peut être plus couverte de taches rouges que la face ou les bras, de même, dans les phlegmasies des muqueuses, l'inflammation peut prédominer sur l'estomac, les bronches, les fosses nasales ou la gorge. »

Si ces faits prouvent clairement la vérité des deux propositions que je me suis efforcé de soutenir, il en est d'autres qui, au premier abord, pourraient sembler les combattre, et qui, par conséquent, nécessitent quelques explications. Si le catarrhe est un état inflammatoire, dira-t-on, les stimulans, les toniques doivent toujours être contre-indiqués dans son traitement; et cependant on ne peut nier les résultats positifs du traitement stimulant ou tonique dans une foule de cas: d'un autre côté, le traitement débilitant devrait toujours être efficace, et l'on ne peut nier non plus que parfois il n'aggrave ou ne prolonge la maladie. Pour répondre à cette objection, divisons les faits, et considérons l'application de ces deux genres de médications d'abord comme topique, et ensuite comme générale.

§. I. Nous avons déjà dit que le traitement purement local ne pouvait convenir qu'au catarrhe primitif ou idiopathique, ou bien qu'il ne pouvait qu'aider au traitement général. Considérées sous ces deux points de vue, les médications topiques doivent avoir des effets analogues, et nous pouvons les confondre sans inconvénient. Examinons-en donc l'action au début, dans l'état et au déclin du catarrhe, enfin même dans ses suites.

A. Au début, il est arrivé quelquefois que les topiques

astringens ont supprimé un catarrhe oculaire (1), uréthral, guttural, etc.; mais c'étaient des catarrhes purement idiopathiques, et les astringens ont agi alors comme répercussifs, ainsi qu'ils le font dans une inflammation quelconque; donc ce fait ne prouve point que le catarrhe soit une inflammation. Si à cette période et dans la suivante la saignée *locale* a quelquefois paru être insuffisante, c'est parce que l'affection était *générale* : si elle a quelquefois aggravé le mal, comme je l'ai vu pour l'ophthalmie, c'est que la piqûre des sangsues ou du scarificateur avait plus nui que l'écoulement du sang n'avait été utile. Les topiques émolliens sont aussi quelquefois devenus nuisibles, parce qu'ils étaient insuffisans pour dissiper l'irritation cause du mal, et qu'ils favorisaient l'expansion, la turgescence, et accroissaient ainsi les symptômes.

B. La maladie une fois déclarée, il est certain que les stimulans et les toniques ne peuvent qu'en accroître l'intensité. M. Broussais a fait remarquer avec juste raison que, dans le catarrhe pulmonaire, les fumigations nuisent plus par le stimulant de la chaleur qu'elles portent, qu'elles ne sont utiles par les qualités émollientes de l'eau qui le forme. Les astringens, les opiacés même (si j'en juge d'après une observation constante), employés à cette époque comme topiques, sont généralement nuisibles.

C. Il n'en est pas de même au déclin de la maladie; alors, ces mêmes fumigations que j'ai vues, dans la période

(1) J'en ai vu un fort grave arrêté par le sulfate de zinc. L'eau froide a réussi bien plus souvent chez les nouveau-nés, comme nous l'avons vu avec le docteur Legouais, à la Maternité de Paris.

précédente, accroître le coryza, l'enrouement et l'oppression, deviennent évidemment utiles, soit contre le catarrhe pulmonaire, même en y joignant quelques substances un peu aromatiques, quelques acides volatiles : alors les gargarismes acides et astringens, les injections astringentes (urèthre) sont utiles. Telle blennorrhagie que le sulfate de zinc avait violemment aggravée dans le commencement ou au milieu de son cours, comme je l'ai vu deux à trois fois, est coupée, arrêtée presque subitement par le même tonique après cinq à six semaines de durée. Cet effet est parfaitement semblable à celui qu'offrent, à leur déclin, toutes les inflammations idiopathiques. Les collyres astringens ou stimulans enlèvent une ophthalmie-subaiguë, et aggravent celle dont la période d'acuité n'a point cessé encore. J'ai dissipé en trois jours, à l'aide du sulfate de zinc en dissolution, ou de l'oxide rouge de mercure en pommade, cinq à six ophthalmies qu'on s'obstinait sans fruit à traiter par les émolliens. C'est en effet à cette période surtout que les antiphlogistiques, les émolliens, les adoucissans, sont nuisibles en favorisant la tendance de la phlegmasie à la chronicité.

D. A plus forte raison, lorsque quelque flux muqueux a suivi l'inflammation, les antiphlogistiques sont-ils nuisibles et les stimulans peuvent-ils avoir des succès. La maladie est alors toute différente, et si l'inflammation au déclin exigeait quelques précautions dans l'emploi des excitans, ces précautions sont ici inutiles ; l'affection n'est plus la même, et son caractère asthénique est en quelque sorte opposé à celui de la phlegmasie : aussi les astringens, les stimulans en injection guérissent-ils la blennorrhée et les fleurs blanches.

§. II. Suivons pour les médications générales la même marche que pour les topiques.

A. Souvent, au début d'une affection catarrhale, on voit l'usage intérieur des stimulans les plus énergiques, de l'eau-de-vie, du vin chaud, du punch, ou des boissons chaudes et fortement aromatiques, supprimer cette affection sans en laisser aucune trace. Un état inflammatoire ne devrait-il pas être aggravé par une telle médication? Oui, assurément : aussi arrive-t-il souvent que, par cette pratique routinière, on convertit en pleuropneumonies mortelles de simples catarrhes pulmonaires; en esquinancies des plus graves, de légères angines (1); enfin en gastrites, en dysenteries, de légers catarrhes gastriques ou intestinaux. Visitez les hôpitaux, et vous verrez qu'une foule de fièvres graves ont été aussi traitées à leur début, et non-seulement elles n'ont point été arrêtées, mais considérablement aggravées, sinon produites par cette méthode incendiaire. Personne mieux que De Haën n'en a fait ressortir les affreux abus. Quant aux exemples de succès, ils sont nombreux, je l'avoue, et moi-même, plus d'une fois, j'en ai été témoin. L'effet direct est alors bien évident; ces boissons agissent comme de puissans sudorifiques; une sueur abondante produit une déplétion qui ramène l'équilibre, si l'affection n'était pas profondément enracinée, si les causes morbifiques avaient agi faiblement, et surtout pendant peu de temps, comme fait, par exemple, le froid auquel on s'est momentanément exposé. Dira-t-on pour cela que le catarrhe

(1) J'ai vu tout récemment une angine tonsillaire des plus violentes décidée par l'abus des liqueurs alcooliques chez un jeune homme robuste. Deux saignées copieuses et des boissons adoucissantes ont borné la durée du mal à trois ou quatre jours.

n'est pas une inflammation, qu'une sueur peut bien dissiper un état fluxionnaire, mais non une phlegmasie ? Ce serait parler contre une foule de faits indubitables : une sueur enlève très-bien une phlegmasie récente et dépendant d'un mouvement fébrile universel. Remarquez, d'ailleurs, qu'ici l'inflammation n'existe pas encore; que la disposition, l'opportunité (Brown) seule existe ; qu'il n'y a de positif que l'état général, l'état fébrile, lequel peut très-bien être dissipé par une évacuatiom prompte et copieuse, quel que soit l'émonctoire.

B. Dès que l'état catarrhal est bien établi, tout prouve que les stimulans et les toniques intérieurs sont dangereux. C'est dans cette période de fièvres catarrhales qui font, ai-je dit, la souche principale des fièvres ataxiques et adynamiques, que les Bosquillon et les Broussais obtiennent des succès incontestables; c'est dans celles-là que les Browniens exclusifs aggravent les accidens par leur traitement stimulant ; c'est dans celles-là, enfin, que les Sydenham et les De Haën recouraient avec avantage aux antiphlogistiques. Dans des cas moins graves, il est facile d'observer, pour peu qu'on y prête d'attention, que les symptômes augmentent après chaque repas un peu copieux, si surtout l'on y fait usage de vin pur ; que ces boissons très-chaudes et souvent aromatiques qu'on administre le soir (moment de la plus grande excitation) aux personnes affectées de catarrhes, et qu'on fait suivre de l'application d'une forte chaleur extérieure ; que ces boissons, dis-je, aggravent le catarrhe, rendent la toux plus fréquente, l'oppression plus forte ainsi que la douleur, *suppriment les crachats*, qui ne se rétablissent avec le calme ordinaire que vers le matin, lorsque la sueur a dissipé l'excitation occasionée par cette cha-

leur excessive. C'est à tort que dans cette période on compte sur les sueurs pour enlever le mal ; l'inflammation, une fois bien établie, bien enracinée, doit nécessairement suivre un cours déterminé, avoir une durée de plusieurs septenaires, et ce n'est pas sans danger qu'on chercherait à s'y opposer. La *saignée générale* n'aggravera jamais alors les symptômes ; mais elle ne fera que les amender sans les faire disparaître. Le coryza peut ne durer qu'une semaine ; le catarrhe pulmonaire se borne souvent à douze ou quinze jours ; le catarrhe urèthral est d'un mois et même plus ; le vésical est souvent bien plus long encore ; les *vésicatoires*, *l'opium* et ses préparations, pris à l'intérieur, sont généralement nuisibles à cette époque. J'ai pu remarquer maintes fois que la phlegmasie redoublait après l'emploi de ces moyens, et depuis long-temps je regarde comme une pratique déraisonnable l'application d'un vésicatoire au-devant du cou, dès l'apparition des premiers symptômes du croup. Je ne doute pas que la léthalité de cette affection n'ait été souvent due à cette irritation intempestive : des sangsues appliquées à trois reprises différentes, malgré l'apparente faiblesse de l'enfant, ont récemment détruit, par nos soins, un croup des plus graves que j'aie observé soit dans les hôpitaux, soit en ville.

C. Mais quand l'affection a duré pendant un temps convenable, dès qu'elle tend à passer à l'état chronique ou qu'elle y est même déjà parvenue, les stimulans, les toniques sont non-seulement avantageux, mais même nécessaires. Ces médicamens sont utiles dans toutes les phlegmasies chroniques, surtout celles de la peau (dartres, etc.), celles des viscères abdominaux, etc. On ne peut donc conclure de leur utilité dans les catarrhes

anciens que ces maladies ne sont point inflammatoires ; on ne peut rien conclure non plus de l'utilité des toniques contre les flux asthéniques qui succèdent à l'état catarrhal. C'est dans de telles circonstances que les vésicatoires produisent une utile stimulation ; que l'opium et les toniques ont des effets prompts et puissans : la potion de Chopart ne guérirait point une blennorrhagie aiguë, du moins j'ai vu son emploi prématuré causer des accidens et aggraver le mal au lieu de le guérir, comme l'avaient fait aussi les injections astringentes. Le catarrhe pulmonaire, qui a duré huit à douze jours, s'il n'est pas accompagné de fièvre, cède souvent à de petites doses d'ipécacuanha, de scille, de soufre, etc. : il disparaît comme magiquement, et ordinairement du jour au lendemain, par l'emploi d'un mélange de sirop diacode et d'autres sirops mucilagineux : c'est la base de la mixture calmante du professeur Chaussier, et j'y ai joint, dans un grand nombre de cas, avec un succès presque constant, une égale quantité de sirop de quinquina (1). Le quinquina, en effet, a souvent réussi dans ces circonstances entre les mains de Cabanis.

Lorsque l'état catarrhal a fait place à un flux asthénique, ce genre de médication convient bien mieux

(1) ℞. Sirop de coquelicot. } de chaq. ℥ j
Gomme . . . . . . }
Sirop diacode. . . . }
Kina. . . . . } de chaq. ℥ ß
Eau pure. . . . . . }

Certaines toux nerveuses, qu'on reconnaît à leur sécheresse, à la petitesse, à la fréquence et au caractère spasmodique des secousses, sont enlevées aussi en peu de jours par l'emploi du sirop de morphine, après avoir résisté à tous les antiphlogistiques, et même à tous les autres antispasmodiques. J'en possède trois ou quatre exemples.

encore. C'est dans la diarrhée asthénique que réussissent si bien le diascordium et la thériaque, et que j'ai employé avec succès l'extrait de kina uni à l'opium, quoique tous les autres moyens, en pareil cas, eussent échoué complètement. J'ai souvent arrêté des fleurs blanches, qui, par leur abondance, produisaient un dépérissement notable, des tiraillemens d'estomac, etc., en administrant l'oxide de fer en poudre et des boissons amères ou astringentes, comme le kina, le simarouba, etc. J'y faisais joindre parfois des injections ou les lotions avec la décoction de bistorte, etc.; moyens qui ont aggravé deux ou trois fois des catarrhes du vagin encore dans leur période d'activité.

Parlerai-je ici de la dernière période de certaines fièvres catarrhales des plus graves, de la dernière période des fièvres miasmatiques en particulier ? C'est alors qu'elles méritent spécialement le nom de fièvres malignes, de putrides, d'adynamiques, etc. C'est dans cette période qu'une pratique stimulante ou tonique est indispensablement nécessaire, et que les partisans des nouvelles doctrines commettent les fautes les plus graves, lorsque, d'après leurs théories erronées, ils attribuent à la violence d'une inflammation interne (qui souvent n'existe plus, ou qui a passé elle-même à la période d'adynamie), le collapsus et l'épuisement général. Des évacuations sanguines, employées dans ces circonstances, sont inévitablement funestes en portant le dernier coup à une constitution épuisée par la violence de la fièvre antécédente. Je grossirais inutilement ce Mémoire si je voulais citer tous les observateurs qui en ont vu résulter les plus funestes suites. (*Voy.* l'*Essai*, tom. I, pag. 508.) C'est pour n'avoir pas distingué la période

d'adynamie de celle d'excitement (qui souvent est fort courte dans les maladies pestilentielles), que plusieurs de ces observateurs ont proscrit trop rigoureusement ce moyen puissant, et souvent seul réellement efficace. Les vésicatoires, le kina et les amers sont alors l'ancre du salut, comme l'ont aussi reconnu les meilleurs praticiens des temps anciens et modernes. Il ne faut donc point adopter de méthode exclusive, ni rouler toujours dans une seule et même ornière, puisque les indications changent dans la même maladie, suivant la période à laquelle elle est parvenue. Il serait également dangereux de stimuler au début, comme le font les Browniens, et d'affaiblir au déclin, comme le veulent d'autres sectaires; les uns et les autres ont raison et tort à-la-fois, et ce que je viens de dire prouve qu'il n'est pas difficile de concilier leurs principes, au premier abord si disparates, si contradictoires. Depuis long-temps on avait senti ces différences que présentent les diverses périodes de chaque maladie : on trouve dans ces changemens l'explication des motifs qui ont dicté et ces diverses théories et les diverses méthodes thérapeutiques qu'on a appliquées aux affections catarrhales.

Résumé.

De tout ce que nous venons d'exposer, je conclus,

1°. Que le catarrhe consiste principalement dans l'état inflammatoire d'une ou de plusieurs, ou même de toutes les membranes muqueuses ;

2°. Que cette inflammation est rarement idiopathique, même quand elle est bornée à une membrane peu étendue, et qu'elle ne l'est jamais quand elle occupe la totalité de la membrane gastro-pulmonaire, ou la majeure

partie de cette membrane ; que, dans ce cas, l'inflammation est la suite, l'effet d'un état général, d'un état fébrile ou *molimen* analogue, si l'on veut, à celui qui précède les hémorrhagies actives, mais bien plus analogue encore à celui des fièvres exanthématiques ;

3°. Que cet état général est constamment sthénique ; mais qu'il peut passer à l'adynamie, ou du moins à un collapsus voisin de l'adynamie ; que l'inflammation elle-même passe de la période sthénique à une période adynamique ou de collapsus (chronicité) qui nécessite, ainsi que celui de l'état général, l'emploi des toniques, des astringens, des stimulans même ;

4°. D'où il suit que la saignée générale convient au début de tout catarrhe avec fièvre, et peut nuire à la fin ; que la saignée locale n'est efficace que dans le catarrhe idiopathique ; qu'elle n'est qu'adjuvante dans le catarrhe avec *molimen* général, et qu'employée seule, elle peut être nuisible au début par l'irritation que causent les piqûres, et à la fin, parce qu'elle favorise l'état chronique ;

5°. Que les stimulans, les toniques, les prétendus dérivatifs (vésicatoires), nuisent au début en accroissant l'excitation locale et générale, et sont utiles à la fin en prévenant ou dissipant l'adynamie et la chronicité.

A ces remarques générales, je joindrai quelques notes relatives au catarrhe pulmonaire.

§. Ier. La structure du poumon n'est pas encore bien déterminée, quoiqu'elle ait été l'objet d'une multitude de recherches. Voici ce que j'ai observé de mes propres yeux.

Chez un fœtus fort jeune le poumon était divisé en lobules quadrangulaires, maintenus en contact par la

plèvre et un tissu cellulaire rougeâtre. L'insuflation y développait quatre à cinq rameaux divergens et terminés en cul-de-sac.

Chez l'adulte, je n'ai jamais pu apercevoir un seul cul-de-sac; partout j'ai vu des anastomoses, des vaisseaux cylindroïdes courbés, très-irrégulièrement entrelacés, partout réunis en forme d'anse, et faisant l'effet d'une bulle, à l'extérieur du poumon, par le contact de la convexité de cette anse avec la plèvre. Ce n'est, comme le pensait Duverney, et après lui M. Cuvier, qu'un plexus vasculaire comparable aux corps caverneux de la verge. Ces petits vaisseaux aériens de dernière division ont un calibre uniforme: distendus par l'air, leur diamètre est de 1/16 à un 1/18 de ligne. Les grandes divisions bronchiques se séparent à angle aigu, et offrent un calibre moindre que leur tronc; les petites se séparent ou s'unissent à angle droit et même rétrograde; chaque séparation ou réunion a lieu entre des canaux du même calibre.

Les artères bronchiques suivent, jusqu'aux dernières extrémités visibles à l'œil nu, la division des bronches, parcourent l'épaisseur de leur membrane muqueuse, dans laquelle elles forment un réseau à mailles carrées, semblable à des échelles de corde, ou mieux à celui des ailes de quelques névroptères. Elles constituent les villosités de la membrane, et, chez un vieillard catarrheux, j'ai vu ces villosités pénétrées par l'injection aux endroits qui sécrétaient une mucosité abondante et encore présente après la mort. Ces artères sont anastomosées par une infinité de points avec les pulmonaires, et l'injection passe fort bien, en tous sens, des unes dans les autres.

Les ramifications de l'artère pulmonaire sont disséminées irrégulièrement entre les bronches; et leurs divisions, presque toutes à angle droit, représentent un arbuste coralloïde privé de ces nombreuses communications qui se voient dans le réseau bronchique.

Les veines pulmonaires sont, au contraire, partout régulièrement accolées aux ramuscules aérifères, ce qui facilite l'oxygénation du sang qu'elles charient. Leurs arborisations se font à angle plus aigu que celles de l'artère, et leurs branches paraissent aussi plus flexueuses; l'injection passe aisément des veines dans les artères pulmonaires et bronchiques, et des artères dans les veines. Enfin, l'air poussé par la trachée-artère sort souvent par les veines pulmonaires, ce qui indique des porosités fort larges, et la possibilité d'un mélange direct de l'air et du sang.

Nous pouvons conclure de tout cela que l'artère porte, par le plus court chemin possible, le sang aux veines du même nom, qui reçoivent aussi celui que les artères bronchiques ont fourni, par anastomose, aux capillaires de la première, et que c'est dans ces veines tortueuses et minces que le sang s'oxide et s'épure.

Nous en conclurons aussi que les sécrétions *bronchiques* sont opérées par les artères de ce nom, qu'elles sont seules affectées dans le catarrhe, et qu'il n'est pas déraisonnable de penser, avec M. Cruveilhier, que ce sont les capillaires des vaisseaux pulmonaires qui sont affectés dans la pneumonie. D'après cela, la division que Boerhaave établissait relativement au siége de diverses pneumonies, n'est donc pas dénuée de fondement; et, d'un autre côté, on conçoit sans peine comment s'opère la propagation de la phlegmasie des bronches au tissu

pulmonaire; *et vice versâ*. Enfin, ces données anatomiques peuvent faire présumer théoriquement que la saignée du bras, qui désemplit le système veineux et les cavités droites du cœur, agira plus avantageusement contre la pneumonie que contre le catarrhe. On se rappellera pourtant que la saignée du bras agit sur toute l'économie, et que les anastomoses susdites doivent diminuer ces différences.

§. II. On trouve souvent, après un catarrhe pulmonaire mortel, des lésions graves, mais qui sont dues à quelque maladie antécédente, dont le catarrhe a simplement accompagné la récrudescence. Mais on trouve aussi, parfois, outre le changement connu de la membrane bronchique (rougeur, épaississement, mucosités, dilatations vésiculaires), quelques altérations dans le voisinage. Ainsi, j'ai remarqué que le pourtour des rameaux bronchiques, du deuxième ordre, est le siége d'un engorgement de couleur rouge et assez consistant. Une coupe de cet engorgement donne l'aspect d'une pustule, et je ne doute pas que, plus d'une fois, cet aspect n'ait été pris pour le produit d'une éruption intérieure dans la variole ou la rougeole. Dans d'autres cas, le poumon est infiltré de sérosité, et cela surtout après certains *catarrhes suffocans*, dont nous allons faire une exposition rapide.

§. III. On n'a pas encore bien déterminé la valeur de ce mot, et la cause de cette incertitude, c'est que, selon moi, on a réuni sous ce même titre des maladies fort différentes (1), et que je distingue en trois genres....

(1) Sans doute, sous les noms de *destillationes brevi perimentes*, de *catarrhus præfocans*, etc., Hippocrate, Galien, Fernel, Schenkius et autres, ont observé plus d'une fois le croup ou la coqueluche, maladies alors mal connues. *Epilepsiam minatur*, etc., dit Galien.

A. *Catarrhe suffocant de l'enfance.* Le catarrhe pulmonaire est, chez les enfans en bas-âge, très-ordinaire, souvent très-grave et accompagné de violens accidens fébriles. Or, à cet âge, on ne voit point le frisson précéder la fièvre; mais ce qu'on voit presque toujours à sa place, c'est un état de spasme, de pâleur, d'anxiété, souvent entremêlé de lipothymies, et terminé souvent aussi par un accès de convulsions. Cet état dure depuis quelques minutes jusqu'à une demi-journée : j'ai maintes fois rassuré des parens alarmés par cet état convulsif, qui parfois mêlé de symptômes catarrheux commençans, a été qualifié de catarrhe suffocant. Une secousse générale (vomitif) dissipe souvent momentanément, ou tout-à-fait même, ce spasme; mais c'est moins sans doute en évacuant les mucosités pulmonaires qu'en faisant cesser la torpeur générale, en amenant la réaction, la sueur, etc.

Le catarrhe pulmonaire, parvenu à son plus haut développement, produit ensuite des symptômes quelquefois si graves, qu'il a souvent pris, quoique à tort, le nom de *pneumonie* (1), et que, d'autres fois, si des symptômes d'adynamie se déclaraient, il a été regardé comme un catarrhe d'une espèce particulière, comme un catarrhe suffocant.

B. *Catarrhe suffocant de l'âge adulte.* Quels sont les caractères donnés comme propres à cette affection? Une dyspnée subite et considérable, l'abondante expuition

(1) La péripneumonie véritable est assez rare chez les enfans du premier âge. La percussion et l'auscultation permettent de la distinguer aisément du catarrhe. Quelquefois l'une ou l'autre de ces maladies règne épidémiquement, et c'est ce qui m'a fait croire, il y a quelques années, que la pneumonie des nouveau-nés était une maladie fort commune.

d'une matière écumeuse, mucoso-séreuse, parfois sanguinolente, et, après la mort, l'infiltration séreuse du tissu pulmonaire, et quelquefois une sorte de couenne albumineuse à la surface du viscère, et surtout sur les bords de ses lobes. Ces phénomènes, que j'ai trois fois observés, avec des suites également funestes, ont été notés par Schenkius, par Morgagni, par Chardon, et attribués au catarrhe suffocant. Les mêmes phénomènes ont été rapportés par Charles Lepois, Willis, De Haën et Barrère, à l'œdème actif du poumon, *hydrops pulmonis*. D'où je présume que ces deux dénominations ont trait à la même affection dont il était question encore dans un des derniers numéros de la *Revue Médicale*, que je n'ai plus en ce moment sous les yeux. Sans doute il y a alors inflammation des bronches, mais inflammation avec tendance à l'hydropisie active. Dans les cas où la marche est rapide, c'est le caractère inflammatoire qui l'emporte, c'est le vrai caractère suffocant : dans ceux où elle est lente, le caractère œdémateux est plus prononcé ; c'est plutôt l'*hydrops pulmonis*. J'ai vu la dyspnée survenir et s'accroître graduellement, produire la fièvre après quinze jours de durée, et la suffocation huit jours plus tard après la suppression d'un ancien ulcère à la jambe, qu'un vésicatoire ne put reproduire. Darwin, et, je crois, Raimond, ont rapporté des faits tout semblables.

C. *Catarrhe suffocant de la vieillesse.* On conçoit que chez un vieillard débile et miné par une fièvre lente, épuisé par d'abondantes sécrétions, engourdi par quelque excès dans le régime, etc., l'accumulation des crachats dans les bronches puisse entraîner la suffocation. Cet accident, fort bien apprécié par M. Laennec,

constitue la troisième forme des maladies connues sous le nom de *catarrhe suffocant*, et l'on voit qu'elle n'a avec les précédentes aucune ressemblance, de même que celles-ci diffèrent aussi beaucoup l'une de l'autre.

Comment pourrait-on donc établir un diagnostic, un pronostic et des indications communes à des états si divers ? La deuxième espèce seule mérite d'être décrite isolément, c'est-à-dire, comme maladie particulière. Les deux variétés qu'elle présente, relativement à la durée, ne diversifieraient pas plus les indications, le pronostic et le diagnostic, que ne fait, dans toute autre maladie, le type aigu ou chronique, le caractère idiopathique ou sympathique, primitif ou secondaire, et enfin la période d'invasion ou d'augment, ou celle de déclin.

OBSERVATION DE RAGE,

Par M. Lepine;

Rebillard, âgé de quarante-huit ans environ, cultivateur à Périgny, département de Saône-et-Loire, revenait de Châlons, le 2 janvier 1824. Arrivé, sur les huit heures du soir, à l'entrée de son village, près du bois, il s'aperçoit qu'il est suivi de près par un loup; il donne un coup de bâton à l'animal, qui l'évite, s'élance sur lui, le terrasse et lui mord la main dont il s'était servi pour protéger sa figure. Le lendemain, 3 janvier, sur les deux heures après-midi, je visite le malade et le trouve dans l'état suivant : le doigt indicateur de la main gauche est la seule partie qui ait été mordue; la troisième phalange est coupée par le milieu, et le reste de

ce doigt ne tient plus que par un mince lambeau de peau. La plaie est très-douloureuse; la nuit s'est passée dans une grande agitation; le malade croit toujours voir l'animal qui le dévore. Je pratique l'amputation du doigt malade dans l'articulation de sa dernière phalange avec l'os du métacarpe correspondant.

Rebillard supporte très-patiemment l'opération, il n'a aucune inquiétude sur son état, il se persuade que l'animal, qui avait été tué sur les huit heures du matin près de sa maison, n'était pas enragé, attendu qu'il avait dévoré dans le village, pendant la nuit, plusieurs chiens dont il avait vomi quelques portions avant d'expirer. Le cadavre du loup ne présentait rien de particulier, sinon que sur le dos et les flancs on voyait quelques endroits privés de poils, et dont la peau était recouverte de petites écailles farineuses. (*Infusion de tilleul, quelques cuillerées d'une potion calmante dans la journée.*)

Le 7 janvier, la plaie ne présente rien de particulier; le malade est dans un état satisfaisant; son sommeil est toujours troublé par la vue de l'animal qui va le dévorer; il ne peut, quelqu'effort qu'il fasse, chasser cette idée, à laquelle il paraît attacher peu d'importance, puisqu'il en plaisante.

Le 16, Rebillard vient me voir à Châlons, sa plaie est en voie de cicatrisation; son appétit est bon; il se livre à ses affaires.

Jusqu'au 3 février l'état du malade fut toujours très-satisfaisant.

Le 4, trente-deux jours après son accident, il commence à sentir un mal-aise général; il ne peut exprimer ce qu'il éprouve, il a des inquiétudes sur son état; son appétit a diminué; sa tête est le siége d'un embarras, d'une

douleur qu'il ne peut définir; il est de nouveau tourmenté le jour et la nuit par la vue du loup qui le dévore; rien ne peut chasser cette idée de son imagination.

Le 6, la plaie a changé d'aspect : elle est gonflée, douloureuse; ses bords sont élevés, elle laisse suinter une sérosité roussâtre; le malade refuse tout aliment solide; il boit seulement dans le cours de la journéé une demi-verrée de vin blanc; les traits de la figure sont altérés et annoncent une tristesse profonde. (*Infusion de feuilles d'oranger et de fleurs de tilleul, potion opiacée.*)

Le 7, le malade est très-agité, il éprouve des mouvemens convulsifs, des soubresauts de tendons; par momens il pleure, se désole; le pouls est petit, dur, serré; il a une grande constriction à la gorge et une impossibilité d'avaler; il ne peut rester au lit à raison de la chaleur ardente qu'il éprouve.

Le 8, tous les symptômes de la rage existent au plus haut degré : la respiration, qui est très-difficile, est entrecoupée de sanglots et de soupirs; les yeux sont saillans, hagards, brillans; il éprouve de temps en temps des convulsions horribles; il ressent une si grande ardeur générale, qu'il compare ses souffrances à celles qu'il éprouverait s'il était placé sur des charbons ardens. Dans ces accès de convulsions, qui sont quelquefois occasionés par la moindre résistance à sa volonté; il saisit avec force un pilier, qui est au milieu de sa chambre, et frappe fortement la terre des pieds en poussant des cris affreux. Pendant les momens de calme, Rebillard est continuellement occupé à rendre une salive écumeuse et gluante, dont il a toujours la bouche remplie. Il se fait apporter un vase rempli d'eau, y plonge, en ma

présence, plusieurs, fois les deux mains pour se laver la figure, sans éprouver la moindre impression désagréable par la vue et le contact du liquide. J'invite le malade à boire une infusion de tilleul, que j'avais rendue calmante par l'addition de quelques gouttes de laudanum ; mais il ne peut l'avaler, malgré toute la bonne volonté qu'il y met. Il avait déjà auparavant mis plusieurs fois de l'eau dans sa bouche sans pouvoir l'avaler. Dans un moment d'apyrexie, Rebillard me supplie, en pleurant, de lui ouvrir les veines pour mettre fin à ses souffrances, qui allaient toujours en augmentant. Je veux le consoler en lui faisant espérer que sa position s'améliorera; mais comme je contrarie son intention, il est saisi de violentes convulsions. Aussitôt qu'elles sont terminées il réitère ses instances. Pour éviter d'exaspérer de nouveau sa sensibilité, je lui promets d'exécuter ce qu'il me demande. Alors, après de touchantes exhortations à sa femme (qui a reçu de lui plusieurs baisers sur la bouche, sans en avoir rien éprouvé) et à ses enfans, il veut mourir, et se déshabille pour que je lui ouvre les veines ; mais voyant que je fais un mouvement pour sortir, il me saisit par le bras et me force de rester. Je ne peux me séparer de lui qu'en lui persuadant que je vais demander l'autorisation du maire de la commune, et le quitte pour ne plus le revoir. La mort termina les symptômes horribles de la cruelle maladie du malheureux Rebillard, le 9 février matin, cinquième jour de l'invasion.

Pendant tout le temps de la maladie il n'y a point eu de selles, les urines ont été rendues très-rarement; les trois derniers jours le malade a été continuellement en érection.

Conclusions.

Cette observation me semble prouver, 1°. que le mot hydrophobie est impropre pour désigner la maladie connue sous le nom de *rage*, ou que l'hydrophobie et la rage sont deux maladies distinctes, puisqu'ici le malade n'a ressenti aucune impression désagréable à la vue et au contact de l'eau;

2°. Qu'on ne doit pas croire qu'un animal n'est pas enragé ou ne peut communiquer la rage, et en conséquence n'appliquer aucun traitement à la morsure qu'il aura faite, parce que cet animal aura ensuite pris des alimens;

3°. Enfin, cette observation confirme un précepte bien connu, et qu'on ne saurait trop répéter, c'est que le traitement préservatif de la morsure des animaux enragés doit être employé le plus immédiatement possible après la morsure, et qu'il est d'autant plus efficace qu'il est plus prompt, puisque dans cette circonstance l'amputation de la partie malade, faite dix-huit heures après l'accident, n'a point empêché le développement de la rage.

Réflexions sur l'observation précédente, par M. Barrau.

Il n'y a pas le moindre doute que la dénomination d'*hydrophobie*, que l'on emploie si généralement pour désigner cette maladie affreuse qui résulte d'un *quid tertium* communiqué par la morsure d'un animal enragé, ne soit tout-à-fait vicieuse, puisque l'horreur de l'eau ne la caractérise pas, ou la caractérise moins bien qu'un sentiment d'ardeur, de constriction de la gorge et de la poitrine; qu'un accroissement de sensibilité des

organes des sens; des convulsions suscitées par l'horreur des fluides aériformes, lumineux, etc., la translucidité des corps et une terminaison funeste prochaine; il n'y a pas le moindre doute, dis-je, qu'une pareille dénomination ne soit très-impropre et très-vicieuse pour désigner une pareille affection, et qu'elle ne jette même dans des erreurs graves. L'hydrophobie n'est qu'un symptôme ordinaire assez constant de la rage, mais non tellement essentiel que celle-ci ne puisse exister malgré son absence. La crainte de l'eau ne saurait donc pas plus constituer la rage, qu'un seul symptôme toute autre maladie. Au reste, on n'aurait pas plus de raison, lorsqu'il en serait ainsi, pour l'appeler hydrophobie que *aérophobie*, *panophobie*, ou *pantophobie*, etc.

La nécessité de distinguer la rage de l'hydrophobie est d'autant plus urgente, que cette dernière, jointe à un principe morbifique intermittent, constitue une maladie, appelée pour cette raison *fièvre intermittente pernicieuse hydrophobique* : maladie déjà décrite par Torti et Dumas, et dont le docteur Puccinotti vient de nous faire connaître un bel exemple. D'un autre côté, l'hydrophobie se présente quelquefois comme symptôme de quelques maladies spasmodiques.

Mais nous devons faire observer que la distinction que l'auteur de l'observation réclame, a déjà été savamment établie par l'ancienne Société Royale de Médecine et l'auteur de l'article *Rage*, du *Dictionnaire des Sciences Médicales*. C'est donc une faute grave que la plupart des auteurs d'observations sur la rage commettent, lorsqu'ils ne s'y conforment pas; ce qui donne souvent lieu à des prétentions ridicules et exagérées, de prétendues guérisons d'affection rabique; prétentions dont

des personnes instruites ne savent pas même se garantir.

Les exemples funestes de rage ne se multiplient malheureusement que trop pour devoir fixer plus que jamais l'attention des praticiens à qui ces cas échoient, et les porter à étudier et décrire avec le plus grand soin une maladie terrible, qui jusqu'ici fait le désespoir de l'art et de l'humanité, malgré les flatteuses espérances que la découverte des *lysses* et du *genista luteo-tinctoria* avait fait naître. Mais à peine la présence de ces glandes sublinguales est-elle signalée, qu'elle est négligée par un grand nombre de ceux qui recueillent des observations de rage, soit qu'ils en ignorent l'existence, soit qu'ils croient leur présence non fondée, ou bien leur observation peu importante pour la pratique. Nous croyons, d'après cela, devoir signaler une pareille incurie, ne fût-ce que pour savoir si cette idée est erronée, oui ou non; aussi, afin de mieux fixer l'attention des médecins à cet égard, nous rapprocherons les signes caractéristiques que Marochetti, Salvatori et Xanthos ont donnés à ces *lysses*, de ceux contradictoires et presque opposés, observés par M. Magistel sur huit personnes enragées, de dix-huit qui furent mordues par un loup évidemment enragé.

Voici les caractères donnés par les premiers auteurs : *Siége* : à la face inférieure de la langue, autour du ligament, près du filet et tout postérieurement du côté des veines linguales. *Aspect* : sale, grisâtre, approchant de la couleur de chair. *Forme* et *grosseur* : celle d'un petit pois, contenant une matière ichoreuse. *Apparition* : au neuvième jour de la morsure et s'ouvrant d'elles-mêmes au troisième jour de leur développement.

Caractères observés par M. Magistel : *Siége* : variable ; sous la langue des deux côtés et au bout ; hors de la langue, à la lèvre et sur les bords des plaies. *Aspect* : cristallin, opaque, blanc, brun. Cette couleur n'a jamais varié. *Forme* et *grosseur* ; ronde, lenticulaire, rarement allongée, presque jamais saillante. C'est plutôt, dit M. Magistel, une pellicule blanchâtre qui recouvre l'humeur contenue dans un point de la langue. *Matière contenue* : humeur cristalline, blanche, purulente, gluante. *Sensibilité* : nulle. *Apparition* du onzième jour de l'accident au trentième, où elles disparaissent. Elles se développaient subitement d'un pansement à l'autre, et il en a observé qui du matin au soir présentaient la même maturité.

Après avoir ainsi rapproché et comparé les pustules observées avec le plus grand soin par M. Magistel, des *lysses* de Marochetti, Salvatori et Xanthos, on est frappé de leur dissemblance, et l'on se demande si les vésicules cristallines et multiples de ce premier ont quelque chose de commun avec les petites tumeurs pisiformes de ces derniers. Ce doute, que nous nous plaisons à faire naître, dans l'intention de mieux fixer et les idées et l'opinion des gens de l'art, se fortifie singulièrement des considérations suivantes. C'est que, quelque attention que des observateurs du premier mérite et d'une rare sagacité eussent mise jusqu'à ce jour à observer les phénomènes rabiques, elles avaient échappé jusqu'ici à leur regard, et que depuis qu'on les a signalées à l'attention publique, aucun fait bien constant, bien avéré, exempt de reproche, ne tend à convaincre de leur existence ; attendu que si quelques-uns disent les avoir vues, d'autres, tels que M. Balencie et moi (*Re-*

vue Médicale, tom. III, pag. 187, et tom. IV, p. 359), qui les avons cherchées avec toute l'attention et tous les soins possibles, dans des cas de rage confirmée, n'avons pu les apercevoir; que dans le nombre des dix huit personnes mordues par le loup enragé de Saint-Thomas-des-Bois, et traitées ou dirigées par M. Magistel, huit seulement auraient eu des pustules, et les autres non, d'après son journal; que dans le nombre de huit, les unes, telles que l'aînée Combaud et la jeune Aimard, n'en auraient eu qu'une à la langue; d'autres, comme Georget, deux; la jeune Combaud, trois; Aimard père et sa fille aînée, quatre; Combaud père, six, et Brassaud, sept; que la cautérisation ni l'usage de genêt n'auraient point empêché ni leur développement, ni celui de la rage, puisque, bien *qu'aussitôt découvertes elles aient été cautérisées sans délai, et le gargarisme avec le genêt* exécuté (pag. 39), Aimard père et sa fille en ont eu quatre; Combaud père, six, et Brassaud, sept; ce qui n'a pas empêché non plus que ce dernier ne soit mort le dix-huitième, quatre jours après l'invasion de la maladie; la jeune Aimard, le vingtième, également au quatrième de l'invasion; la Combaud aînée, le vingtième, troisième de l'invasion; tandis que Combaud et Aimard, pères, dont l'un a eu six pustules et l'autre quatre; Georget, qui en a eu deux, ont parfaitement guéri; comme l'on a aussi vu mourir de la rage bien confirmée, et sans présenter le moindre indice de pustules sublinguales, le jeune Combaud, la femme Boursaud, la femme Gautier, la fille Geay et Mesnard.

Au résumé, de dix-sept ou dix-huit personnes mordues le 12 et le 13 octobre 1823, dont dix, savoir, Brassaud, Combaud père et ses trois enfans; Aimard

père et ses deux enfans; Georget et Mesnard, furent cautérisées; (les unes, telles que Brassaud, quarante-cinq heures après l'accident; les autres, quarante-sept heures après, savoir: Combaud et ses enfans; cinquante heures, comme Georget, soixante-quatre heures, Aimard et ses enfans, et même plus tard, tel que Mesnard), huit sont mortes, au nombre desquelles se trouvent Brassaud, Combaud l'aînée et son jeune frère, la jeune Aimard et Mesnard, qui toutes cependant avaient eu les plaies et le dessous de la langue cautérisés. Ce qui malheureusement diminue singulièrement les belles espérances que la découverte des *lysses* semblait promettre, et réduit à une bien faible valeur le fait, en apparence, extraordinaire, dont M. le professeur Rossi vient d'entretenir la classe physique et mathématique de l'Académie Royale de Turin, et dont on donne l'analyse dans ce même cahier, à la Revue des Journaux italiens.

Avant de passer à quelques réflexions importantes sur ces observations rares et extraordinaires, dont on fait de temps en temps retentir les journaux, nous ajouterons que l'existence des pustules rabiques sublinguales est encore une chose à prouver, et à prouver avec d'autant plus de soin qu'elles semblent impliquer contradiction avec tout ce que nous connaissons jusqu'ici de la manière d'agir des virus. Je veux parler de cette action particulière qui consisterait à se porter sous la langue, au lieu d'agir sur les parties inoculées, à l'instar de la vaccine et de la syphilis, etc. Nous engageons, par conséquent, tous ceux qui seront à portée d'observer des personnes mordues par quelque animal enragé, non seulement à bien faire attention à l'apparition de ces *lysses*,

comme on les appelle (1), mais encore à les décrire avec soin, et qui plus est, à les faire dessiner.

Disons un mot maintenant de ces cures extraordinaires que de temps en temps l'on annonce, et que tant de gens reçoivent sur parole comme autant de vérités démontrées.

Que des médecins avides de renommée ou peu propres par leurs demi-connaissances à distinguer le vrai du faux, fassent imprimer qu'ils ont guéri des rages, je le conçois; mais que des praticiens célèbres, que leurs vastes connaissances devraient mettre à l'abri, sinon de cette prétention, au moins de l'erreur; que des médecins, dont l'opinion influe tant sur celles de leurs confrères et du public, croient avoir opéré de pareilles cures, tendent à le faire croire et le fassent imprimer, voilà ce dont j'ai de la peine à me rendre raison, dans l'état actuel de la science. Toutefois, je m'abandonne un instant à ces douces illusions dont tout cœur sensible éprouve le besoin, et j'y trouve l'excuse du plus beau rêve qu'un homme puisse faire. Mais comme l'illusion ne tient pas lieu de vérité, notamment en pareille circonstance, et que la raison doit l'emporter sur tout, je me demande si les auteurs de semblables observations se sont conformés à ce principe d'une éternelle vérité, qui veut *que les preuves propres à établir un fait quelconque soient proportionnées à la difficulté et à l'importance du sujet*, et je m'aperçois malheureusement que le principe a été méconnu, ou tout-à-fait négligé, et que l'auteur semble s'être dit que lorsqu'il s'agit de merveilleux, d'extraordinaire, dont les hommes sont si avides, il suffit de leur annoncer pour leur

(1) *Λύσσα*, *Rabies*, la rage.

faire croire sur parole, sans qu'il soit nullement besoin de leur prouver.

Parmi le grand nombre d'exemples que je pourrais donner d'une pareille manière de procéder, j'en choisirai un qui, par le bruit qu'il a fait à Paris, soit à l'Hôtel-Dieu, à l'Ecole de Médecine ou au Collége de France, et par la célébrité que son savant auteur (dont personne ne respecte plus que moi les grands talens et le caractère), lui a imprimée, mérite plus que tout autre d'être relevé; car bien que les réflexions qui l'accompagnent donnent cette observation comme dubitative, nous l'avons entendu citer par deux professeurs de l'Ecole de Médecine comme le seul cas de guérison de rage confirmée, et cela devant un nombreux auditoire.

Voici le fait : Un homme est légèrement mordu le 7 février 1823 par un loup non enragé ; du moins qu'on n'a jamais soupçonné l'avoir été; car le même animal ayant mordu le 10, à son corps défendant, les trois bûcherons qui l'assaillirent et le tuèrent dans la forêt du Mériot, aucun de ces blessés n'a été malade; et qui plus est, M. le docteur Colin, de Nogent, mon ami, qui a traité ces trois bûcherons, m'a toujours assuré, comme il l'a assuré à tout le monde, qu'il n'a jamais cru un seul instant que l'animal fût enragé. Le blessé du 7 n'avait pas non plus cru à la rage du loup qui l'avait mordu, puisqu'il ne réclama les soins d'aucune personne de l'art : du moins, il résulte de toutes les recherches que nous avons faites sur les lieux, que nous habitions alors, nous et plusieurs de nos collègues, que non-seulement P*** n'a réclamé les soins de personne, mais même que son individu a été introuvable. Quoi qu'il en soit, le 27 du même mois, un loup furieux, et évidemment

enragé, se jette sur un homme de vingt-quatre ans; qu'il dévore, pour ainsi dire, et qui n'échappa à la mort que pour succomber à la rage la mieux confirmée qu'on ait jamais vue, et qui mit fin à son existence le 20 mars. Ce n'est donc qu'à cette époque que P*** a pu apprendre la mort de l'infortuné Mignot, et non le 6 du même mois, comme le dit l'auteur de l'observation; ce n'est pas non plus le 8 qu'il a pu se rendre à Paris, mais au plus tôt le 21 mars, quarante-deux jours après avoir été mordu. Quoi qu'il en soit encore de ces incohérences, l'on voit que ce n'est que sur la simple terreur que la mort de Mignot aurait fait naître dans l'âme de P***; et l'état des plaies, quel qu'il fût, que celui-ci aurait été jugé enragé, cautérisé et soumis à l'usage des bains de deuto-chlorure de mercure, en un mot, à un traitement des plus vigoureux, pour le guérir d'une maladie dont tout porte à croire qu'il n'était pas atteint.

Cette observation, comme celle non moins remarquable du docteur Castagno, que le docteur Rossi vient de nous faire connaître, et tant d'autres du même genre, pèchent par le point capital, savoir, 1°. et avant tout, si l'animal qui a mordu était enragé, à quels signes on peut le reconnaître, et comment l'on s'en est assuré; 2°. s'il a communiqué la rage dont il était atteint, ou en d'autres termes, si l'homme qui a été mordu est à son tour enragé; 3°. s'il en présente les signes essentiels et non équivoques, et quels ils sont; car, comme nous l'avons déjà dit, il existe une différence trop grande entre l'hydrophobie et la rage, pour qu'il soit permis de jamais les confondre.

COROLLAIRES.

1°. L'existence du virus rabique est incontestable et donne lieu à la rage, que ne peuvent jamais produire les écarts de l'imagination la plus déréglée, malgré tout ce qu'on a pu dire à cet égard.

2°. La rage et l'hydrophobie sont deux affections tout-à-fait différentes, que l'esprit le moins attentif ne devrait pas confondre dans l'état actuel de la science.

3°. Cette distinction rend compte de ces prétendues cures extraordinaires de rage, qui toutes se réduisent à la guérison de l'*hydrophobie*, ou horreur de l'eau, de la pantaphobie, de la nécrophobie, ou autres de ce genre, et jamais à une véritable guérison d'affection rabique.

4°. Cette affreuse maladie ne pouvant donc être guérie, on doit mettre tous ses soins à la prévenir. Parmi les moyens les plus efficaces pour y parvenir, la cautérisation, quoiqu'elle ne soit pas infaillible, occupe le premier rang : l'on doit donc la pratiquer avec le plus grand soin toutes les fois qu'on a des raisons de soupçonner que l'animal qui a mordu une personne était enragé ; et que le nombre, la gravité et le lieu des blessures ne s'y opposent pas. Y manquer dans toute autre circonstance serait commettre une grande faute et se rendre responsable des événemens qui peuvent arriver (1).

(1) A cet égard, nous formons des vœux pour que le gouvernement nomme une commission chargée de rédiger un travail propre à guider les gens de l'art, dans les cas excessivement difficiles, où il s'agit de savoir lorsque l'on doit ou l'on ne doit pas cautériser. Car que faudrait-il faire dans le cas que je suppose ? Une jeune demoiselle, dont la beauté est son plus bel héritage, est mordue à la figure, aux deux angles



5°. Jusqu'ici aucun fait exact ne justifie la bonté du traitement grec ou russe, dit des *lysses*.

6°. Tout moyen thérapeutique, pour être approprié au traitement des affections rabiques, devra être sous forme solide ou agir à la dose de quelques gouttes, vu l'impossibilité d'avaler les liquides, occasionée par la constriction spasmodique de la gorge, ou bien être administré extérieurement.

---

internes des yeux, par exemple, par un chien qu'on assomme : en même temps des bruits de rage circulent dans le public. Un médecin instruit est appelé pour lui donner des soins ; il sait qu'à aucun signe il ne peut s'assurer si l'animal était enragé, et d'un autre côté la malade le conjure de lui conserver sa beauté, à laquelle elle croit que le bonheur de sa vie est attaché. Que fera le médecin dans ce cas et autres analogues ? Courra-t-il la chance d'estropier la blessée dans la crainte d'une infection rabique, qui peut n'être que chimérique, ou bien l'exposera-t-il à courir les chances non moins terribles de voir se développer une maladie dont les effets sont mortels ?

Dans ce cas très-épineux, il nous semble qu'il faut tout calculer avant d'agir, et se demander, par exemple, s'il est bien prouvé, par des faits irrécusables, que la cautérisation bien pratiquée ait réussi dans plus de la moitié des cas où elle a été opérée, ce qui ne nous paraît pas bien démontré ; car dans tout calcul basé sur des chances, celui qui en réunira le plus de son côté sera toujours celui qu'il faudra préférer.

OBSERVATIONS

Sur les Maladies Cancéreuses, tendant surtout à prouver que l'inflammation n'est pas l'unique cause de ces affections. (Suite.) (1)

Par A. Velpeau.

IIe. Observation.

Voici un autre fait qui ne l'admet pas davantage.

Une femme de campagne, d'environ cinquante ans, vint pour se faire opérer, à l'hôpital de Tours, d'un cancer au sein droit, non ulcéré, du volume de la tête d'un enfant. La naissance de ce cancer datait de dix mois; il était venu sans cause connue. Cette malade fut couchée au n°. 10 de la salle des femmes, et M. Gourand, chirurgien en chef, ne fit l'ablation de la tumeur qu'après s'être bien assuré (autant que la chose est possible toutefois), que les viscères étaient sains. Les ganglions de l'aisselle n'étaient pas gonflés. Tout le tissu squirrheux, et même au-delà, fut enlevé avec beaucoup de soin : la plaie était réduite de deux tiers au bout de vingt jours. Jusque-là toutes les fonctions s'étaient régulièrement exécutées; mais alors il parut au milieu de la surface suppurante une végétation pisiforme, dure, d'un rouge livide : on l'enleva, elle revint plus large; elle fut cautérisée, elle reparut encore. Peu après, la cachexie cancéreuse se prononça; il survint de la toux, un sentiment de suffocation, de constriction dans la poitrine, des envies de vomir, de la vitesse dans le pouls, qui resta dur et serré,

(1) Voyez le commencement de l'article, cahier de mai 1825.

les traits de la figure s'altérèrent rapidement, et cette femme mourut deux mois après l'opération.

A l'examen du cadavre, plus de deux cents squirrhes, excessivement durs, furent trouvés à la surface interne de la plèvre droite, qui était pâle, blanche et parfaitement transparente; il n'y avait point de fluide épanché, point d'adhérences; les poumons renfermaient aussi quelques corps semblables, ainsi que la plèvre gauche; le foie en était farci, pour me servir de l'expression de M. Bretonneau, qui présidait à ces recherches; la muqueuse gastro-intestinale était légèrement rosée dans toute son étendue; tous les autres organes étaient dans l'état naturel; aucun de ces squirrhes n'était ramolli, leur tissu était homogène et d'un blanc bleuâtre; leur surface était raboteuse; leur volume variait depuis la grosseur d'une lentille, d'une noisette, jusqu'à celle d'un gros marron d'Inde. Dans le poumon et dans le foie, de même que dans les plèvres, le tissu qui les entourait, même les couches immédiatement contiguës, ne présentaient aucun vestige d'altération.

Pour tirer de justes conséquences de cette observation, il ne faut pas oublier que la malade s'était toujours bien portée jusqu'au moment de l'amputation du sein; que c'est à dater de la réapparition du tissu cancéreux sur la plaie, c'est-à-dire six semaines avant la mort, que les désordres fonctionnels se sont manifestés, et que depuis cette époque on a pu suivre, pour ainsi dire de l'œil, les progrès rapides de la désorganisation interne.

Après cette remarque, il ne sera guère possible de douter qu'ici les squirrhes internes se sont tous développés dans l'espace de quelques mois, peut être même

depuis la naissance des accidens généraux. Il devra être aussi clairement démontré que l'inflammation n'y a joué aucun rôle, et que si on admettait son existence, celui qu'elle aurait rempli n'aurait certainement été que secondaire. A cette occasion, je dois faire la même remarque relativement à la femme Poirée, puisque l'état de santé de cette malade, abstraction faite de sa plaie, se conserva on ne peut plus satisfaisant jusqu'au mois de décembre; qu'à cette époque seulement parurent les douleurs et le gonflement, d'abord dans les jambes, puis dans l'avant-bras droit, et enfin les végétations sur la plaie, qui ne fut cautérisée que vers le milieu de janvier : c'est à partir de ce moment qu'on a vu se manifester les symptômes de lésion thoracique, très-légers dans le principe, mais qui se sont assez rapidement aggravés pour produire la mort au mois de mars.

Ainsi, je ne pense pas que les cancers internes de ces deux femmes puissent être attribués, par personne, à une phlegmasie chronique d'une date aussi récente; et si depuis deux mois il y avait eu pleurésie ou pneumonie aiguë, il en serait certainement resté des traces après la mort, autour des tissus accidentels, dans les organes où ils s'étaient formés; de sorte qu'à l'état latent comme à l'état aigu la phlegmasie n'est ici d'aucun secours.

Que l'on examine bien l'observation suivante, et l'on verra si l'inflammation franche et simple peut raisonnablement expliquer la désorganisation qui s'y rencontre.

IIIe. Observation.

Bonard, âgé de cinquante-cinq ans, très-fort et très-robuste, cultivateur laborieux, n'avait jamais été malade, lorsqu'il lui vint, il y a deux ans, un petit bouton

sur le milieu de la lèvre inférieure. Ce bouton fut détruit quelques mois après sa naissance au moyen de la pâte arsénicale, appliquée par M. Dubois. La cicatrice se fit assez promptement; mais le mal reparut bientôt : on le détruisit de la même manière, et il revint encore. Cette fois on l'emporta avec l'instrument tranchant, et la guérison n'en fut pas plus permanente.

Au mois de novembre 1823, lorsque cet homme vint réclamer des soins à l'hôpital de la Faculté, le tubercule avait le volume de la moitié d'un haricot; sa surface était humide, grisâtre et un peu fongueuse; sa base était assez dure, et la dureté s'étendait à quelques lignes autour seulement; le reste de la lèvre était parfaitement souple et sain; le malade jouissait d'ailleurs de la plus florissante santé. Dans l'opération, M. Bougon comprit la tumeur cancéreuse dans un triangle de tissu, et la plaie fut traitée comme un bec de lièvre simple : la réunion s'en fit sans tiraillement et sans irritation. Au bout de quinze jours il eût été difficile de voir que les parties avaient autrefois été malades ou même divisées. La santé resta bonne jusqu'à la fin de janvier 1824 : alors la mâchoire parut plus grosse à droite qu'à gauche, et lorsque Bonard revint à la consultation, le 5 février, la tumeur était peu saillante, mais large, non mobile et aucunement douloureuse; la lèvre était on ne peut plus saine : on conseilla un emplâtre et des pilules de ciguë. Dans le mois de mars le gonflement s'étendait depuis le dehors du menton jusque près de l'angle de la mâchoire; les douleurs n'étaient pas plus vives, mais la mastication commençait alors à être gênée. On remarqua plusieurs racines de dents gâtées; elles furent ôtées dans la crainte qu'elles ne fussent la cause déterminante du nouveau

mal, qui continua de faire des progrès : la tumeur s'étendit bientôt depuis la bouche jusqu'à l'oreille, et depuis l'arcade zigomatique jusqu'au milieu du cou. Il n'y avait pas d'autre altération dans les fonctions ; et le 7 mai, en rentrant de ses travaux ordinaires, Bonard se coucha bien portant, dit-il ; mais le 8 au matin, des douleurs violentes se déclarèrent, et la face se tuméfia en totalité. Effrayé de ces nouveaux symptômes, il se fit transporter de suite à l'hôpital, où l'on reconnut un érysipèle qui comprenait toute la tête et le cou, avec gonflement considérable de ces parties ; il y avait abattement, mais peu de douleur ; le pouls était dur, et le rouge de la face mêlé d'une teinte jaunâtre. (*Saignée de deux palettes ; sinapismes aux pieds ; quarante sangsues le soir.*) Le 10, tout est empiré ; le pouls est plus vite (*trente sangsues*) ; la poitrine s'embarrasse (*sinapismes aux jambes.*) ; le pouls devient irrégulier, le râle arrive, et le malade meurt le 11, à trois heures du matin, sans délire et sans avoir proféré une seule plainte ni un seul cri.

Nécroscopie, trente heures après la mort. — Les formes du cadavre sont athlétiques ; la tête est énorme, il n'y a de phlyctène nulle part ; tous les tissus de la face et ceux qui enveloppent le crâne ne forment plus qu'une couche homogène, d'un jaune rougeâtre ; la sérosité qui rend ces parties presque transparentes ne peut pas être chassée de leurs mailles par la pression.

La cicatrice de la lèvre est solide et régulière ; la mâchoire était sèche et vermoulue dans l'espace d'environ deux pouces, du côté droit de son corps, et complètement rompue dans ce point ; les parties molles circonvoisines étaient dures, lardacées et mêlées d'un pus

ichoreux, roux, noirâtre ou séreux. Cette matière était répandue dans les tissus par couches ou foyers, entre leurs fibres ou lamelles, qu'on distinguait encore dans quelques points, mais qui offraient la plus complète désorganisation dans un grand nombre d'autres ; cette dégénérescence était portée au plus haut degré, principalement dans la membrane gengivale, et les organes contigus aux surfaces osseuses ; à tel point que les tissus mous, et l'os près du menton et de l'angle maxillaire, c'est-à-dire devant et derrière la portion friable, étaient confondus, qu'ils avaient la même consistance, qu'ils se laissaient couper avec la même facilité, sans qu'il fut possible de remarquer la moindre différence dans leur texture. La région parotidienne, et le côté droit du cou, participaient à la même altération ; mais ici on ne retrouvait pas les caractères des productions squirrheuses, seulement il y avait une espèce d'infiltration générale de pus blanc, roussâtre ou séreux, qui avait pour ainsi dire disséqué les muscles, les vaisseaux et les nerfs en donnant une grande épaisseur et beaucoup de densité aux couches celluleuses qui les enveloppent, ou les séparent naturellement ; ces désordres allaient en diminuant jusqu'en haut de la poitrine où ils cessaient tout-à-fait en attaquant un point de la plèvre et du sommet du poumon, de manière que ces deux derniers organes paraissaient être récemment unis dans cet endroit. La veine jugulaire et l'artère carotide avaient à-peu-près la même épaisseur, laquelle était de deux lignes au moins. Le calibre de ces vaisseaux n'était pas rétréci ; le fluide qu'ils contenaient était séreux et roux, mais on n'y reconnaissait pas de pus, et le sang commençait à reparaître dans la partie inférieure du

cou. Le crâne ouvert, tout paraît sain dans sa cavité; il en fut de même de la poitrine où les poumons étaient gros, souples et bien crépitans. Il n'y avait rien non plus à noter dans le ventre, la muqueuse était partout pâle, mince et nulle part elle n'était ulcérée.

Cet homme, des plus robustes, encore dans la force de l'âge, se fait enlever ou cautériser trois fois, dans l'espace de deux ans un bouton squirrheux gros comme une lentille, qu'il portait au milieu du bord libre de la lèvre inférieure. En novembre, on emporte un lambeau triangulaire de tissu sain dans lequel est compris le corps chancreux, on réunit comme un bec de lièvre. Le 1er décembre, la cicatrice et la santé sont solides et parfaites. Le malade rentre chez lui, à la fin de janvier: le côté droit de sa mâchoire lui semble plus gros; ce gonflement augmenta et devint considérable sans produire la moindre douleur, la plus petite gêne, jusqu'au 7 mai; dans la nuit duquel un érysipèle se déclara à la tête, et le 11, à trois heures du matin, ce malade était mort.

Où sont ici les signes de l'inflammation? Il y avait tuméfaction, il est vrai; mais il n'y avait ni rougeur, ni chaleur, ni douleur, et pourtant le mal a marché assez promptement pour produire ces phénomènes, et l'on sait que l'inflammation aiguë des organes qui reçoivent directement leurs nerfs de l'encéphale, ne produit jamais le gonflemment inflammatoire, sans qu'il soit accompagné des trois autres phénomènes. Ce ne sont pas les vaisseaux blancs qui prédominent dans la mâchoire, les gencives et les divers tissus des joues; d'ailleurs, est-ce qu'une simple sub-inflammation, pourrait produire dans l'espace de trois mois la rupture d'un os tel que le maxil-

laire inférieur? Est-ce ainsi que l'inflammation agit sur les os, chez un sujet de cette constitution? Et cette dégénérescence lardacée, squirrheuse, qui comprenait tout un côté de la face était-elle aussi le résultat d'une simple phlegmasie chronique? La négative me paraît de toute évidence, à moins qu'on ne veuille admettre une inflammation particulière, spécifique, comme cause de tous ces désordres, ce qui ferait une toute autre question. Or, si l'on est forcé de convenir que dans l'un de ces cas la maladie était indépendante de l'inflammation, il faudra le faire dans mille autres, et j'en pourrais rapporter un grand nombre de cette nature que j'ai recueillis moi-même dans les hôpitaux.

Il me semble que les détails dans lesquels je viens d'entrer prouvent, d'une part, que l'irritation isolée des capillaires blancs, ou la sub-inflammation, n'est qu'un faux-fuyant pour expliquer ce qu'on ne connaît pas; que, d'ailleurs, dans les observations qui précèdent, on ne voit pas les signes qui indiquent ce phénomène, même en raisonnant dans le sens de ceux qui admettent cet état morbide; de l'autre, que dans ces trois faits, de quelque manière qu'on l'entende, l'inflammation soit chronique, soit aiguë, n'y a point existé comme cause du mal; qu'enfin dans le foie, les poumons ou la plèvre, elle n'a point précédé la naissance des squirrhes qu'on y a démontrés.

En conséquence, je conclus que la répétition de l'inflammation du cancer externe n'est pas toujours nécessaire pour que des corps semblables se développent dans les viscères.

Cette première proposition étant reconnue fausse, il sera bien plus facile de montrer le peu de fondement

de la seconde, dans laquelle il est dit « que la marche du cancer est toujours en raison de l'inflammation qui s'y trouve. »

En effet, dans l'une des observations mentionnées, la durée du mal a été d'environ quatre mois; dans l'autre, de trois, et dans la troisième, pas même de deux. Cette marche est assez rapide, comme on le voit, et cependant il n'y avait pas de phlegmasie, ou du moins ses phénomènes ont été si peu intenses et si obscurs qu'on peut raisonnablement en contester l'existence.

D'un autre côté, combien d'exemples de cancers internes qui ont duré des années, au milieu de phlegmasies graves, et des douleurs les plus atroces ! Sans rappeler quelques faits décrits par Bayle, sous le titre de *Phthisie cancéreuse*; par Hey, Wardrop, etc., sous le nom de *fongus hématode*, qu'il me soit permis d'en rapporter un, que j'ai recueilli moi-même, dans lequel on trouvera un nouvel exemple de cancers des membranes séreuses, et qui est curieux encore sous d'autres rapports.

IVe. Observation.

Pignon, femme brune, grande et maigre, entra à l'hôpital de la Faculté le 1er février 1824 : elle n'avait point été malade jusqu'à vingt ans. Après son mariage, douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, elle croit être enceinte; les douleurs continuent, se répandent dans le ventre qui se gonfle; les règles coulent comme à l'ordinaire, les souffrances deviennent affreuses, le ventre excessivement tendu; enfin elle meurt dans les premiers jours d'avril. L'abdomen était plein, complètement plein de matières cérébriformes, rassemblées en masse, de dimensions extrêmement variées. Deux d'entre

elles, presqu'aussi grosses que la tête d'un adulte, avaient totalement désorganisé les ovaires. Toutes les autres tenaient à la face interne du péritoine par un pédicule plus ou moins épais : cette membrane ne se voyait plus, à moins d'écarter les corps qui la couvraient. En offrant l'aspect de champignons rougeâtres à l'extérieur, et d'un blanc légèrement pointillé de rouge en dedans, elle était elle-même, dans l'intervalle de leurs racines, rouge cramoisie dans toute son étendue, sur les viscères comme derrière les muscles, mais elle n'était point épaissie.

Dans cette observation, on remarque des phénomènes inflammatoires très-prononcés pendant toute la durée de la maladie. Après la mort, on trouve une désorganisation épouvantable; cependant la vie s'est maintenue au milieu de ce désordre pendant près de quinze mois, encore la mort semble-t-elle avoir été le résultat de la pression des viscères par les tumeurs encéphaloïdes qui repoussaient violemment le diaphragme, et avaient fortement distendu les parois du ventre.

Ainsi, puisque dans un cas, quoique la désorganisation cancéreuse soit accompagnée de nombreux signes d'inflammation, la mort n'arrive qu'au bout de quinze mois, tandis que dans un autre, où il n'en existe pas, la vie se termine au bout de six semaines, on peut nier que « les progrès du cancer soient *toujours* en raison de l'inflammation qui s'y trouve. »

Quant à la troisième proposition de M. Broussais, je ne crois pas, il n'est pas possible qu'il ait voulu parler des tissus squirrheux ou encéphaloïdes, car il ne peut pas prétendre qu'on puisse faire naître ces productions à volonté. Sans doute qu'autour ou aux environs de

toute inflammation, de toute sub-inflammation, des ulcères, des solutions de continuité, quelles qu'elles soient, il peut se former des duretés, des transformations fibreuses, cartilagineuses, lardacées; mais voit-on se former les élémens du véritable cancer sur un vésicatoire, un cautère, etc.; sur les bords calleux d'ulcères qui durent depuis vingt ans? En survient-il dans les sacs herniaires, et sur les organes qui les remplissent pendant toute la vie de certains sujets, chez lesquels ces organes sont toujours le siége d'une irritation assez vive? Enfin, en trouve-t-on dans les poumons, quelquefois si long-temps irrités des asthmatiques et des phthisiques, excepté chez les personnes qui ont de ces désorganisations ailleurs? Oui, toutes les inflammations et sub-inflammations peuvent accompagner le cancer, mais non pas le produire.

Non, assurément non, il n'a jamais suffi d'entretenir plus ou moins long-temps l'irritation dans un point quelconque, pour qu'il s'y développe de la matière squirrheuse ou encéphaloïde. D'autres conditions sont encore nécessaires, et ces conditions ne sont pas plus connues de M. Broussais que des autres médecins. Par exemple, qu'on se dépouille de toute prévention, qu'on mette de côté pour un instant et les idées des médecins de l'école de M. Broussais, celles de M. Laennec et celles des anatomo-pathologistes, et l'on verra si dans la dernière observation susmentionnée, où les phénomènes phlegmasiques ont joué un rôle assez marqué, l'esprit est satisfait quand on a dit que la désorganisation est l'effet d'une péritonite.

J'ai déjà dit que ce cas était extrêmement curieux sous d'autres rapports; en voici les preuves : la matrice

renfermait un produit de quatre mois environ, cependant les deux ovaires étaient convertis en matière cérébriforme; si cette conversion s'est faite dans l'ovaire depuis la conception, il est sûr que toutes les masses encéphaloïdes contenues dans le ventre ont été produites encore plus tard; car les premières étaient quatre fois plus volumineuses qu'aucune des secondes, et tous leurs caractères prouvent qu'elles préexistaient aux autres; si, au contraire, la désorganisation était déjà fort avancée au moment de la fécondation, comme il est presque impossible d'en douter, comment a pu s'opérer ce phénomène? Cette question me semble fort embarrassante. Il est, en effet, mathématiquement démontré que l'ovaire est l'organe essentiel de la génération chez la femme; que sans lui cette fonction est impossible. Pourtant ici une grossesse s'est opérée, quand, depuis près d'un an, des signes peu équivoques annonçaient qu'une maladie avait son principal siége dans cette espèce de glande, laquelle a été trouvée après la mort complètement désorganisée, et depuis long-temps, selon toutes probabilités; de sorte qu'il faudrait presque choisir entre ces deux propositions: ou la fécondation ne s'est pas faite dans l'ovaire, ou bien l'origine du mal est postérieur à cet acte. La première ne peut pas faire question, je pense; il serait ridicule même de la discuter; mais pourtant la seconde est très-difficile à croire. Qu'on examine la marche des symptômes, et l'on verra que tout tend à prouver le contraire. Des douleurs paraissent d'abord dans l'aîne et la fosse iliaque gauche, puis dans les mêmes parties du côté droit; ces douleurs sont assez vives d'abord pour empêcher la malade de marcher; pendant deux mois elles diminuèrent un peu, ensuite

elles redevinrent plus fortes ; en même temps elles se répandirent, comme par irradiation, dans tout le ventre qui se gonfla lentement, ce qui fit croire à une grossesse et empêcha la malade de faire attention à ses souffrances. Des crampes très-douloureuses et fréquemment répétées dans les membres inférieurs, des élancemens violens dans les côtés de l'hypogastre, des étouffemens après le repas, ne purent la dépersuader de cette idée, quoique l'écoulement des règles n'eût pas été suspendu. Enfin, après huit mois d'angoisses, elle eut recours à un médecin qui parvint à faire diminuer considérablement le volume du ventre et à faire cesser presque entièrement les douleurs, au moyen des sangsues, de purgatifs, de vomitifs et de quelques autres remèdes, que cette femme ne connaissait pas. Au mois d'octobre, les menstrues furent difficiles et peu abondantes, les douleurs revinrent plus fortes dans les lombes, puis dans tout l'abdomen, et surtout dans l'hypogastre. Le ventre augmenta de nouveau, et on sentit deux grosseurs dans le bas des flancs. A son entrée dans l'hôpital, le volume de l'abdomen aurait annoncé une grossesse de cinq mois; plusieurs médecins avaient positivement assuré cet état. Le col utérin différait peu de l'état naturel; à travers les parois abdominales qui se laissaient facilement déprimer, on ne sentait pas distinctement de liquide, mais il était facile de reconnaître une masse volumineuse, mal circonscrite, et divisée en plusieurs portions, dont l'une bien plus grosse ou du moins mieux isolée, remplissait tout le côté droit. Jusqu'ici il y avait eu peu de fièvre, la malade s'était nourrie comme de coutume, elle ne s'était point alitée. Des sangsues avaient été appliquées trois fois depuis la rechute; trois fois encore on en a mis pendant

son séjour à l'hôpital. Tous les accidens n'en sont pas moins devenus plus graves dans le courant de février et de mars; la fièvre est survenue; le volume du ventre a continué d'augmenter rapidement; en pressant légèrement les parois de cette cavité avec les doigts ou la main à plat, on sentait une crépitation évidente. La percussion produisait une résonnance remarquable. La pression n'a jamais été douloureuse; les douleurs étaient sourdes, profondes, lancinantes; elles sont devenues si violentes, qu'il n'a plus été possible de procurer un peu de sommeil qu'à l'aide de l'opium porté à très-haute dose; enfin cette malheureuse est morte dans le marasme le plus prononcé, au milieu des cris et des tourmens les plus affreux.

Or, maintenant n'est-il pas certain que les tumeurs senties, dès le mois d'octobre, étaient les ovaires? Tous les symptômes que je viens d'énumérer ne se rapportent-ils pas à la lésion de ces organes? Ne prouvent-ils pas que dès le principe des douleurs, la désorganisation a commencé, etc.? J'abandonne ce passage aux réflexions des observateurs, je me contente de bien établir le fait sur lequel je reviendrai tout-à-l'heure, mais que je ne puis quitter sans rappeler un moment l'attention sur le rôle qu'à pu jouer ici l'inflammation.

Quoi qu'il en soit de l'époque à laquelle ces cancers se sont formés, cette formation n'en sera pas beaucoup plus facilement expliquée par l'inflammation; en effet, d'une part, les douleurs, dès le principe, étaient aussi fortes que dans une péritonite aiguë; de l'autre, la pression du ventre n'était pas sensible, il n'y avait pas de fièvre et les fonctions n'étaient pas troublées; en troisième lieu, le péritoine était partout également rouge,

mais nulle part il n'était épaissi ; mis contre le jour il était transparent, ses capillaires étaient remplis par le sang, mais la pression faisait promptement disparaître ce fluide. Est-ce ainsi que les choses se passent quand l'inflammation persiste dans un organe depuis plus d'une année, ou seulement depuis quelques mois ? Toute la portion membraneuse, en rapport avec les muscles, était couverte de corps cérébriformes, mais il n'y en avait point, pas un seul sur les intestins ni dans les replis mésentériques; les traces de phlegmasie étaient cependant aussi fortes ici que là. D'où vient donc ce choix de la part des productions accidentelles ? D'où vient donc que nulle part il n'y avait d'adhérence, qu'aucune de ces masses, quoiqu'elles se touchassent, ne s'était soudée aux autres, quand il est dans la nature des séreuses, enflammées au point de produire des tissus morbides, de s'unir à tout ce qu'elles touchent, etc. ?

Je reviens à l'altération pathologique, sur laquelle je vais m'arrêter maintenant un instant, parce que, quelle que soit l'opinion que chacun pourra se former sur la nature de la cause d'où elle dépend, le fait en lui-même n'en est pas moins important pour tout le monde, à cause de la rareté des cas qui lui ressemblent.

D'abord, on ne possède jusqu'ici que des notions très-vagues sur le cancer de l'ovaire. A entendre les anciens auteurs rien n'est plus commun, en lisant quelques modernes rien ne paraît être plus rare. M. Breschet dit qu'il n'est guère d'anatomiste qui n'en ait rencontré plusieurs exemples; mais il convient que presque toujours ce sont des *squirrhosités*, et qu'une seule fois seulement il a trouvé de la matière encéphaloïde dans ces organes. « *Si le cancer de l'ovaire a jamais existé, il n'a jamais été*

bien décrit, disent MM. Bayle et Cayol. » Cet état de choses et la coïncidence de la gestation, m'ont mis dans la nécessité d'examiner celui-ci avec le plus d'attention qu'il m'a été possible.

La tunique externe de l'utérus était rouge, livide comme le reste du péritoine, mais elle n'était pas autrement altérée ; le fond de la matrice supportait une masse inégale pédiculée, du volume d'une grosse noix. Cet organe était parfaitement sain du reste. (Il a été dessiné lors de mes recherches sur les enveloppes du fœtus.) Du milieu des bords latéraux partaient, comme à l'ordinaire, le ligament de l'ovaire et la trompe. Après environ un pouce de trajet pour le premier, et deux à trois pour la seconde, qui était recourbée en bas et en arrière, ces deux cordons semblaient donner naissance en se confondant, aux deux tumeurs dont j'ai parlé. De ces tumeurs la droite était un peu plus alongée et plus grosse que la tête d'un homme; elle était lisse, arrondie, et ne présentait point d'ulcération; la membrane péritonéale qui l'enveloppait, en adhérant aussi intimement à son tissu qu'elle le fait naturellement à l'utérus, avait la même épaisseur dans toute son étendue, aucune végétation ne la surmontait; la gauche était un peu moins grosse, plus ronde, mais moins bosselée, et supportait plusieurs productions cérébriformes qui appuyaient sur la fosse iliaque de ce côté; ces végétations étaient molles et friables comme de la graisse figée. La tunique séreuse allait en diminuant d'épaisseur, quoiqu'elle fût saine, depuis le ligament jusqu'à la moitié interne de la tumeur; à partir de là, on y remarquait plusieurs déchirures ou ulcérations; elle se ramollissait de plus en plus à mesure qu'on s'éloignait de ces points, de manière qu'il n'était

plus possible de la retrouver tout-à-fait en dehors, où elle était réduite en putrilage, ou perdue dans la matière encéphaloïde: en somme, cette masse, de même que la précédente, semblait être l'ovaire énormément gonflé, te non pas une tumeur dans laquelle il se serait fondu: dans les deux, la structure intime était identique; seulement dans la dernière le ramollissement était plus avancé; leur substance était peu consistante en général, elle graissait les doigts; sa couleur était un mélange de blanc, de jaune et de rouge; elle avait enfin les caractères les plus prononcés de la matière cérébriforme; elle était traversée en sens divers par des faisceaux roussâtres et filamenteux; parmi ces faisceaux plusieurs conservaient les apparences vasculaires, mais le plus grand nombre n'était qu'une espèce de feutrage mêlé à la matière cérébriforme: de ces paquets de filamens quelques-uns étaient enveloppés de toutes parts dans la substance de forme médullaire; tous les autres semblaient venir de la lame externe des tumeurs. Nulle part il n'y avait d'épanchement sanguin, la matière plus ou moins molle était seulement pointillée de rouge, et offrait d'espace en espace des foyers où la décomposition l'avait fluidifiée et convertie en pus fétide et roussâtre; le reste des ligamens larges n'était pas altéré.

Voilà donc, d'une part, un cas bien authentique et bien remarquable de cancer cérébriforme des deux ovaires; en second lieu, il paraît bien démontré que les deux glandes séminales étaient totalement détruites; il faut supposer qu'un des ovaires, conservé, aura échappé dans les recherches cadavériques. Cependant les parties ont été examinées en présence de beaucoup d'élèves et avec la plus minutieuse attention.

Si l'existence du cancer primitif de l'ovaire a pu paraître douteuse à quelques savans de nos jours, et à ceux-là même qui ont fait le plus de recherches sur ce point d'anatomie pathologique, celle de la même production du péritoine est encore bien moins démontrée, tellement que MM. Breschet et Ferrus s'expriment ainsi dans le *Nouveau Dictionnaire des Sciences Médicales* : « *Jamais, peut-être,* disent-ils, *le péritoine n'est devenu primitivement le siége du cancer, et nous en dirons autant de toutes les membranes séreuses.* » Or, on a déjà vu que cette proposition avait besoin d'être modifiée pour la plèvre; j'ai dit aussi que M. Levesque-Lasource avait indiqué un cancer de la tunique vaginale, mais que je ne connaissais rien de semblable pour la séreuse abdominale. M. le professeur Laennec ne dit rien de positif sur ce sujet, et M. Breschet soutient que les tumeurs qu'on aurait pu prendre pour des squirrhes du péritoine, avaient toujours pris naissance derrière cette membrane ou entre ses feuillets, et jamais à sa surface libre. Quelques faits pourtant, déjà, semblaient infirmer cette opinion; le plus remarquable se trouve dans l'ouvrage du docteur Howchip (1). Il y est dit qu'un homme mourut à la suite d'un *fungus-hématode* du testicule; entre autres choses on trouva, lors de l'examen cadavérique, toute la portion hépatique, diaphragmatique et pariétale, du péritoine, couverte de tubercules cancéreux; néanmoins ce cas, sous ce rapport, est indiqué d'une manière assez vague pour qu'on y ait peu fait attention.

Un autre fait plus probant se trouve dans le premier

---

(1) *Pratical Observations in surgery and morbis anatomy*, case 94, Fung. Hemat. of testicle, sect. 2, §. 324, an. 1816.

Bulletin de la Faculté de Médecine, pour 1815. Dans cette observation, rapportée par M. Chomel, on voit que chez un homme de vingt-neuf ans, la surface libre du péritoine, le grand épiploon, le foie, etc., étaient couverts de tumeurs encéphaloïdes. Mais il y en avait aussi dans le mésentère et les autres organes.

Depuis que j'ai lu ce Mémoire au Cercle Médical, une observation détaillée et très-curieuse, sous ce rapport, a été publiée dans les *Archives de Médecine*, de décembre 1824, par M. Lebidois, de Caen.

Celui qui précède est donc le plus concluant qu'on ait rencontré, et sous ce point de vue il m'a paru intéressant; il l'est encore, à mon avis, en ce qu'il prouve d'une manière incontestable que les matières encéphaloïdes, tuberculeuses et squirrheuses, ne sont point trois degrés différens de la même substance, comme le disent beaucoup de médecins, mais bien des productions essentielles et toujours distinctes. En effet, toutes les masses anciennes ou récentes, petites ou grosses, celles du volume d'un pois, comme celles de la grosseur de la tête, toutes offraient le même tissu; dans leur centre comme à la circonférence, partout la matière cérébriforme était pure, blanche et sans mélange; partout elle avait à-peu-près la même consistance, et il n'y avait pas un squirrhe, pas un grain tuberculeux: cette matière est donc dans son principe ce qu'elle est dans son plus haut degré de croissance. Elle n'est donc pas le dernier terme des sub-inflammations, le résultat définitif des autres productions ou dégénérescences; et qu'on ne dise pas que c'est là une exception; car rien n'est plus fréquent que cette identité de nature dans les tumeurs cancéreuses d'un même sujet. Qu'on

18*

regarde de nouveau le cas que j'ai rappelé dans le précédent Mémoire (1), on y verra que parmi les milliers de tumeurs qui étaient logées dans le poumon il y en avait de très-petites et de très-grosses. Assurément quelques-unes étaient très-récentes et d'autres probablement assez anciennes. Eh bien ! cependant, partout ce n'était que de la matière encéphaloïde, et nulle part, dans aucun point, il n'y avait la couche la plus mince de squirrhe, de tubercule. Qu'on voie l'observation de Poirée et de la femme de Tours, les cancers du sein, dans le principe comme dans les récidives, ceux des plèvres, du poumon, etc., les plus petits comme les plus volumineux, tous étaient de nature squirrheuse, tous étaient durs, fermes et de tissu bleuâtre et homogène; pas un n'était ramolli, il n'y avait pas un tubercule, pas un encéphaloïde. Je ne puis finir sans faire remarquer que la troisième observation est encore un fait dont on connait peu d'exemples. Tout le monde connait la fréquence du cancer des lèvres, chacun sait que souvent il désorganise successivement tous les tissus; mais dans aucun observateur, je n'ai trouvé que primitivement et d'emblée, ou à la suite de l'ablation d'un bouton cancéreux bien guéri, il soit venu sur la mâchoire même une maladie de même nature, sans qu'on sache rien qui ait pu l'y produire, pour y déterminer surtout une maladie dont la marche a été assez rapide pour briser l'os, en transformant ou désorganisant tout ce qui l'entoure, sans que le malade l'ait pour ainsi dire senti, sans qu'il y ait eu de réaction, et tout cela dans l'espace de trois mois. Je ne dis rien de l'érysipèle, parce qu'il est indifférent ici pour la question des cancers.

(1) *Revue Médicale*, février, mars, 1825.

II°. ANALYSES D'OUVRAGES ET EXTRAITS.

PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS, *ou Mémoires et Observations choisies sur les points les plus importans de l'art;* par madame LACHAPELLE, sage-femme en chef de la Maison d'Accouchement de Paris; publiés par Ant. DUGÈS, son neveu, docteur en médecine, professeur d'Accouchement à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Ce qu'il faut à des élèves sages-femmes, ce sont des livres clairs, précis, méthodiques, courts surtout. Il ne faut point discuter avec elles, il faut leur dire: quand vous rencontrerez tel cas, voilà ce que vous aurez à faire. Pour elles un volume, un seul volume, encore souvent sera-ce de trop. Elles lisent peu avant d'avoir leur titre; elles ne lisent plus quand elles l'ont. Se faire recevoir, voilà ce qu'elles demandent avant; se tirer d'affaire, voilà ce qu'elles veulent après. Un *Vade mecum*, des tableaux, c'est tout ce qui leur convient. Quelques-unes, il est vrai, se sont honorablement distinguées des autres par un désir plus prononcé de s'instruire; mais comme elles sont en grande minorité, ce n'est pas pour elles que les ouvrages destinés aux élèves sages-femmes doivent être faits. Celui de madame Lachapelle est-il propre à cette classe de lecteurs? Je ne le pense pas; sa forme, son fond, son étendue, l'éloignent d'une telle destination. Cependant, s'il faut en croire la Préface, on la lui a donnée. Je l'avouerai franchement, je ne le pense pas davantage.

Madame Lachapelle, qui avait beaucoup fait, beau-

coup vu, ainsi que le dit M. Dugès, dut sentir le besoin de publier ce qu'elle avait fait, ce qu'elle avait vu; elle dut sentir aussi le poids de la dette qu'elle avait contractée dans les salles de la Maternité, et qu'elle devait compte à l'art de ce qu'elle avait acquis dans une situation unique, à la tête d'un établissement qui n'a point son égal dans le monde. Mais jugeant parfaitement aussi de toute la délicatesse de sa position, de la position d'une femme auteur, elle adressa son livre à ses élèves, bien persuadée qu'il n'arriverait qu'à sa véritable adresse. Madame Lachapelle avait donné nombre de fois des preuves de son talent; elle en a donné, dans cette circonstance, de son tact et de son esprit.

Le premier volume de cet ouvrage parut en 1821; ce n'était qu'éventuellement, dans le cas de succès, qu'on devait lui donner une suite: ce succès était inévitable, les ouvrages essentiellement pratiques sont toujours sûrs de réussir. Celui-ci fut accueilli comme il devait l'être: tous les journaux en rendirent un compte favorable; tous les praticiens voulurent le lire. On attendait donc avec impatience cette suite promise; mais la mort vint détruire ces espérances en enlevant madame Lachapelle à l'art, à ses élèves, à ses amis. On pouvait craindre que tout ce qu'elle avait acquis fût renfermé avec elle dans la tombe; mais M. Dugès, son neveu, son collaborateur, je dirais presque son élève, vint rassurer et consoler la science à cet égard.

Plus que tout autre il était capable de continuer, de terminer l'entreprise de sa respectable tante. Il avait pris une part active à la rédaction du premier volume; toutes les opinions de madame Lachapelle lui étaient connues; il avait hérité de tous ces manuscrits; il l'avait

suivie dans sa pratique. Il avait beaucoup fait, beaucoup observé lui-même à la Maternité ; enfin il était le digne continuateur de madame Lachapelle, par ses antécédens, sa position et son savoir.

Cet ouvrage n'est pas un traité méthodique de l'art des accouchemens, où la première et la dernière page sont liées entre elles par l'exposition logique des idées; mais, ainsi que l'indique son titre, une suite de Mémoires et d'Observations relatifs aux questions les plus importantes de l'art. Ces Mémoires n'ont rien de commun qu'une certaine conformité de plan et de sujet ; ils ne se rattachent les uns aux autres que par quelques renvois. Tous peuvent être étudiés isolément, de sorte que l'ouvrage n'est pas un de ceux qu'on est obligé de lire du commencement à la fin sans en passer une page. Cette forme a ses avantages, elle permet de ne consulter que ce qu'on veut consulter, de n'interroger l'auteur que relativement à la seule question sur laquelle on veut s'éclaircir; ce dont les praticiens, surtout, sentiront l'avantage. Mais aussi cette forme rend l'ouvrage moins propre aux élèves, et le remplit de répétitions qui en rendent la lecture extrêmement fatigante à ceux qui veulent la faire d'une seule haleine.

Tous les mémoires ont une forme semblable ; ils comprennent chacun deux parties distinctes. La première est consacrée à l'examen de la question; la seconde se compose d'une foule d'observations particulières destinées à servir de pièces justificatives de ce qui a été avancé dans la première. Dans celle-ci, non-seulement l'auteur rapporte ses opinions, rappelle les faits qu'il a observés, mais encore il les rapproche des faits, des opinions qu'on trouve dans les auteurs, et discute le tout

pour arriver à la vérité, ou à ce qu'il croit être elle ; de sorte que chaque mémoire peut être considéré comme une monographie plus ou moins complète sur le point de l'art des accouchemens, dont il traite. On avait droit à ne s'attendre qu'à l'exposé pur et simple de la pratique de la maternité et de ses résultats ; mais grâce aux recherches des auteurs, on trouve encore dans cet ouvrage une érudition choisie, quelquefois même, il faut le dire, on en trouve un peu de trop. Le point de pratique qui fait l'objet spécial du Mémoire y est examiné sous toutes ses faces ; si, par exemple, il s'agit d'une des présentations du fœtus, l'auteur commence par la définir, par en poser toutes les variétés, toutes les différences, puis il s'occupe de sa fréquence relative et l'établit sur des tableaux dressés à la maternité, d'après un très-grand nombre d'accouchemens. Il passe ensuite en revue les causes probables de cette présentation ; il tâche de donner une idée exacte de la manière dont la partie chemine dans le bassin, quand elle peut y pénétrer ; il décrit le mécanisme de l'espèce d'accouchement dont il traite ; puis il passe au diagnostic de cette présentation ; aucune des causes d'erreurs qui peuvent en imposer n'est oubliée, et si la même partie peut se présenter de plusieurs manières, madame Lachapelle donne les signes propres de chacune de ces présentations. Elle traite ensuite de leurs pronostics, et souvent, sous ce rapport, ses opinions diffèrent de celles qu'on trouve dans les auteurs ; enfin elle termine chaque Mémoire par l'exposé des indications et de la manière de les remplir. Cette dernière partie de tous ses Mémoires est constamment fort intéressante, elle contient souvent des vues neuves, et ce que dit l'au-

teur inspire toujours d'autant plus de confiance, qu'il établit ce qu'il faut faire d'après ce qu'il a fait.

Je regrette que les bornes dans lesquelles il faut que je me resserre s'opposent à ce que je donne une analyse détaillée de cet ouvrage, qui, d'ailleurs, est tellement plein, que pour une telle analyse il faudrait un volume. Je me contenterai donc de donner une idée très-succincte de chacun des Mémoires dont il se compose.

Une des remarques les plus importantes qu'il contient est relative à la fréquence des différentes positions du fœtus. Il en est beaucoup qui sont écrites dans les auteurs, et qui n'ont jamais été observées à la Maternité. Sur les quatre-vingt-quatorze que Baudelocque avait admises, madame Lachapelle n'en a rencontré que vingt-deux, les fesses, les pieds, les épaules, la face et les genoux sont les seules parties qui se soient réellement présentées. L'ordre dans lequel je viens de les énumérer a été celui de leur fréquence. Jamais cette dame n'a observé de position franche du col et du tronc. Ainsi donc semble être détruit, par ce fait, ce nombre infini de présentations qui remplissent les livres d'accouchemens, surchargent inutilement la mémoire des élèves, et tiennent sans cesse éveillée la méfiance des praticiens.

Le premier Mémoire est consacré aux positions, d'une manière générale; c'est de tous celui qui contient le plus de faits et d'opinions, mais qui se trouvent pour la plupart reproduites avec plus ou moins d'étendue dans les Mémoires subséquens.

Dans son second Mémoire, madame Lachapelle traite des positions du vertex et les envisage sous tous leurs rapports. Jamais elle n'a vu l'occiput se présenter direc-

tement en avant ou en arrière; jamais non plus elle n'a vu l'oreille ou aucun des côtés de la face se présenter directement au centre du bassin; plus d'une fois elle a vu les positions de la tête subir des modifications considérables pendant le travail; souvent, lorsqu'un des pariétaux se présente, la tête se redresse dans l'excavation. Mais jamais madame Lachapelle n'a pu opérer ce redressement avec la main; et si, dans ce cas, l'accouchement ne peut, ce qui arrive souvent, se terminer spontanément, elle se décide à faire l'extraction du fœtus. Elle expose les difficultés qu'on éprouve souvent dans l'application du forceps et ne cache pas la nécessité où l'on est quelquefois de sortir des règles dans cette application.

Le troisième Mémoire est relatif aux positions de la face. L'opinion la plus importante qu'il contient est celle-ci, que lorsque la face se présente *en plein*, l'accouchement est *au moins* aussi facile que lorsque c'est le vertex qui se présente. Cette opinion, qui est aussi celle du docteur Boër, praticien distingué de Vienne, a rencontré et devait rencontrer des contradicteurs.

Les positions de l'extrémité pelvienne du fœtus, c'est-à-dire celles des fesses, des genoux et des pieds, font l'objet du quatrième Mémoire. Madame Lachapelle pense, contradictoirement à l'opinion de plusieurs auteurs, que ces parties peuvent correspondre à tous les points de la circonférence du bassin; elle donne des détails intéressans sur la direction que prennent les hanches du fœtus au détroit supérieur, dans ces sortes d'accouchemens. Elle établit, d'après les calculs faits à la Maternité, qu'un septième des enfans qui naissent par les pieds, viennent sans vie; donne de bons préceptes sur

l'application des doigts et des crochets, dans les aînes de l'enfant, et enseigne une manœuvre, qu'elle dit lui avoir toujours et facilement réussi, pour le cas difficile où les épaules étant sorties la face répond au pubis.

C'est aux positions de l'épaule qu'est consacré le cinquième Mémoire. Madame Lachapelle, ainsi que je l'ai déjà dit, n'a jamais rencontré de positions du col ou du tronc proprement dites. Elle a vu, comme Denma, des accouchemens où l'épaule se présentait, se terminer spontanément, et elle pense qu'il est des cas où on pourrait faire une opération, conseillée par Celse et Smellie, pratiquée par van Horne et Asdrubali, et qui consiste à faire la section du col de l'enfant lorsqu'il y a sortie d'un bras.

C'est dans le sixième Mémoire que l'auteur traite des hémorrhagies puerpérales ; il attribue toutes celles qui se montrent pendant l'accouchement et la grossesse à un décollement du placenta, soit par un molimen hémorrhagique, soit, surtout pendant le travail et les trois derniers mois de la gestation, à l'insertion de ce corps sur l'orifice utérin, ou dans son voisinage. Il conseille le tamponnement, même pendant l'accouchement à terme, lorsque la dilatation du col n'est pas suffisante pour permettre d'extraire le fœtus sans danger, et même encore après l'accouchement, dans certains cas d'inertie. Il a alors la patience de tenir avec ses mains la matrice saisie pour l'empêcher de se développer. La lecture de ce Mémoire est fatigante, et je pense qu'il gagnerait beaucoup à être raccourci.

Le septième Mémoire, qui traite des convulsions, est un peu faible et tire tout son intérêt des observations qui le suivent. Dans le huitième, il est question des

grossesses extra-utérines et des ruptures, pendant l'accouchement, de l'utérus, du vagin et du périnée. Les procidences, soit du cordon, soit d'un des membres du fœtus, lorsque la tête se présente, font l'objet du neuvième Mémoire. Dans le dixième, sont étudiés l'inertie de l'utérus pendant l'accouchement, inertie à laquelle madame Lachapelle rapporte la plupart des cas d'enclavement qu'on trouve dans les auteurs; la déviation, l'obturation, la rigidité, l'endurcissement squirrheux du col utérin; les tumeurs développées dans les parois ou le voisinage du vagin; l'occlusion plus ou moins complète de ce canal par diverses causes. Ce Mémoire contient en outre le récit d'expériences tentées avec le seigle ergoté, pour ranimer les douleurs utérines; cette substance, quoique donnée jusqu'à la dose de soixante grains, a été sans avantage comme sans inconvénient. Enfin, l'ouvrage se termine par un Mémoire très-important sur les vices de conformation du bassin, et dans lequel on trouvera d'excellentes choses sur les opérations césariennes et la section du pubis.

Outre ces onze Mémoires, l'ouvrage de madame Lachapelle contient plusieurs tableaux, dans lesquels sont examinés, sous tous les rapports, les accouchemens faits à la Maternité, depuis le 1er germinal an 11, jusqu'au 31 décembre 1820. Ces tableaux ne sont pas, à beaucoup près, la partie la moins importante de l'ouvrage, et je regrette bien de ne pouvoir, faute d'espace, en donner l'analyse.

En tête du second volume, on trouve, sur la personne de madame Lachapelle, une Notice due à la plume du savant Chaussier, et qui a été faite pour une distribution des prix de l'Ecole d'Accouchement. A cette pièce

est annexée une note où se trouvent des réflexions, au moins inconvenantes, et une plaisanterie de mauvais goût, qu'on attribue à Alphonse Leroy, et que par respect pour sa mémoire on n'aurait pas dû rappeler, sur la pratique civile des accouchemens. On accuse dans cette note les praticiens qui n'ont pas l'avantage d'exercer leur art dans les hôpitaux, de faire abus du forceps, et on leur suppose des motifs tels que je craindrais, en les répétant, de m'associer à une mauvaise action. Je ne sais comment l'auteur de cette note a pu s'oublier au point de porter contre des confrères une accusation de cette nature, et qui, certes, est trop générale pour ne pas être injuste. Que quelques accoucheurs, entourés de circonstances qui ne se trouvent pas dans un hôpital, pressés, tourmentés par des parens, des amis, ou même par la femme en travail; las physiquement et moralement d'une position qui leur semble se prolonger beaucoup trop, se soient laissés aller à appliquer prématurément le forceps, cela peut se concevoir; mais s'il est permis de leur en faire des reproches; mon avis est que ce n'est pas dans un livre qui constate qu'à la Maternité on est plus d'une fois tombé dans l'excès contraire.

La Pratique des Accouchemens est un ouvrage remarquable, il a l'avantage d'être essentiellement pratique; ce n'est pas, comme tant d'autres, sur le mannequin qu'il a été écrit; on peut le considérer comme le résumé clinique, le compte rendu, le résultat des travaux de la Maternité pendant de nombreuses années. Des taches, et elles sont assez nombreuses, s'y font remarquer. On y trouve des obscurités, un manque presque complet d'ordre dans l'exposition des idées, des longueurs, des

répétitions, des lacunes, des opinions hasardées; mais la masse de ce qui est bon l'emporte, et tous les praticiens voudront lire et posséder cet ouvrage. Ce qui lui donne surtout de l'importance, c'est le nombre considérable de faits particuliers qu'il contient. Avec leur aide, les élèves en médecine pourront se faire à l'avance une idée plus ou moins exacte de la pratique des accouchemens, de ses difficultés, de ses embarras, chose qu'ils n'apprendront jamais dans des cours, et qu'il leur est interdit d'apprendre au lit de la femme en souffrance, dans ces maisons, où sont admises ces sages-femmes, et que la loi leur commande de secourir.

DESLANDES.

OBSERVATIONS *sur les Maladies des organes génito-urinaires*; par M. F. LALLEMAND, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Cet ouvrage, publié il y a plusieurs mois, et que nous regrettons beaucoup de n'avoir pu annoncer plus tôt à nos lecteurs, qui depuis long-temps savent tout ce que l'on gagne à la lecture des productions de M. le professeur Lallemand, est divisé en deux parties principales. La première se compose de huit observations, toutes aussi remarquables par la complication des accidens que par l'habileté avec laquelle l'auteur a su les combattre; ces faits servent de base à la seconde partie, qui est toute dogmatique, et dans laquelle, adoptant la division de l'ouvrage de Ducamp, M. Lallemand apprécie successivement les nouvelles opinions de cet écrivain, en même temps qu'il établit une foule de préceptes, fondés sur son expérience personnelle. Nous n'essayerons point

d'analyser ici les observations qui composent la première partie de l'ouvrage ; pour ne pas tronquer des faits dont la moindre omission pourrait altérer la valeur ; d'ailleurs, toutes les circonstances en sont tellement enchaînées ; les détails dans lesquels l'auteur entre, annoncent un tel esprit de méthode dans l'art d'observer, et une si grande sagacité dans celui de saisir les indications, que le lecteur ne peut les étudier avec moins de plaisir que de fruit.

Nous avons dit que dans la seconde partie de son ouvrage M. Lallemand avait adopté la division de celui de Ducamp, s'abstenant toutefois de parler des choses sur lesquelles l'expérience ne lui a rien appris : d'abord, relativement aux dimensions du canal de l'urètre, il s'est assuré que les mesures de Ducamp, qui sont aussi celles de Whately et de Rougier, sont à-peu-près exactes; il a trouvé, sur trente et quelques malades, que la longueur du canal a toujours été comprise entre sept pouces et demi et neuf pouces. M. Lisfranc a dit récemment l'avoir trouvée de neuf à dix pouces sur douze cadavres d'adultes ; mais il est probable que la dissection de la verge et la décomposition des tissus avaient permis trop facilement aux parties de s'allonger quand il en a pris la mesure. Ces dimensions réelles de l'urètre ne sont pas en rapport avec la longueur habituelle des sondes, et il résulte de là un inconvénient très-grave, c'est que beaucoup de chirurgiens ne se croient certains d'avoir introduit une sonde dans la vessie que lorsqu'ils l'ont fait entrer jusqu'à la cire qui la termine; et de crainte qu'elle ne sorte, ils la fixent dans cette position : il arrive alors que la sonde débordant de plusieurs pouces dans l'intérieur de la vessie, se recourbe, les yeux se

trouvent élevés, l'urine sort difficilement, et le bec détermine quelquefois la perforation des parois vésicales. Ducamp dit, en parlant des effets de la cautérisation, que le jour même le malade éprouve moins de douleurs en urinant ; et voici la raison qu'il en donne : la surface intérieure du rétrécissement, qui est douée d'une *si grande sensibilité*, n'existe plus, et les urines, en traversant l'obstacle, passent sur une partie morte, au lieu de passer sur une partie très-*sensible et très-irritable.*

M. Lallemand trouve ici une explication erronée d'un fait incontestable ; il prétend que les douleurs qu'éprouvent, lorsqu'on les sonde, les malades affectés de rétrécissemens, ne sont pas dues à la sensibilité plus grande des coarctations, mais qu'elles dépendent de l'état inflammatoire dans lequel se trouvent les parties voisines ; et la preuve, c'est que la cautérisation qui ne porte que sur les parties endurcies, est peu ou point douloureuse, tandis qu'elle produit des douleurs très-vives lorsqu'elle porte au-dessus ou au-dessous du rétrécissement, sur la partie saine du canal.

Dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre, on tient trop peu de compte, selon M. Lallemand, de leur ancienneté ; les indurations augmentent avec le temps en épaisseur, en dureté et en longueur, la sensibilité y diminue de plus en plus et finit par s'y éteindre entièrement, comme dans les tissus cornés ; et c'est là la raison pour laquelle ils offrent une résistance si grande à la dilatation et même à la cautérisation. Lorsque les rétrécissemens sont peu étendus et récens, ils peuvent guérir par la simple dilatation. M. Lallemand se borne à cette méthode, toutes les fois que le rétrécissement admet la première fois une sonde

n°. 6; la dilatation peut encore réussir lorsque le rétrécissement, quoique très-étroit, a peu d'étendue; mais le traitement est toujours trop long, et même la guérison peu solide. Quant aux rétrécissemens qui ont beaucoup de longueur, ils ne peuvent guérir que par la cautérisation; les difficultés s'accroissent encore beaucoup lorsqu'au lieu d'un seul rétrécissement de cette nature il en existe plusieurs, et quelquefois on en trouve jusqu'à sept et même huit. On sait que Ducamp, à l'aide de ses instrumens, ne pouvait les attaquer que successivement, et même partiellement; M. Lallemand peut en attaquer plusieurs à la fois avec ses sondes à cautériser, ce qui abrège de beaucoup la cure, sans inconvénient pour le malade.

Ducamp, parlant du siége des rétrécissemens, dit: Je me suis assuré, comme on pourra le voir par les observations que je rapporte, que cinq fois sur six, l'obstacle existe entre quatre pouces et demi et cinq pouces et demi, à partir du méat urinaire. Surpris de cette assertion, M. Lallemand a eu la patience de vérifier son calcul, et s'est convaincu qu'il était tout-à-fait erroné: en effet, les seize malades dont Ducamp rapporte les observations, avaient en tout vingt-neuf rétrécissemens, sur lesquels onze se trouvaient au-delà de cinq pouces et demi, et quatre en deçà de quatre pouces et demi, ce qui fait quinze; reste donc pour l'espace indiqué quatorze, c'est-à-dire moins de moitié. A la suite de ces réflexions, on lira un long chapitre sur les effets des rétrécissemens, dans lequel on reconnaît tout le talent de l'auteur pour l'observation; parmi les accidens qu'il retrace on en trouvera plusieurs dont la nature n'avait pas été jusqu'ici mieux déterminée que le siége.

Par exemple, il est très-fréquent de voir les malades affectés de rétrécissemens de l'urèthre rendre des urines filantes et visqueuses, qui laissent déposer de longs filamens glaireux, élastiques, offrant l'aspect d'une gelée tremblante, adhérant avec beaucoup de ténacité au fond du vase, et s'allongeant quelquefois de deux ou trois pieds avant de se détacher; ces glaires, qu'on croit généralement produites par la surface de la vessie, sont, au contraire, selon M. Lallemand, secrétées par la prostate; on trouvera dans son ouvrage l'histoire de ces prétendus catarrhes de la vessie, qu'il a fait cesser en cautérisant légèrement avec la pierre infernale la surface urèthrale de la prostate. En général, quand les urines sont seulement troubles, sans dépôt, ni nuage, il n'existe qu'une irritation des surfaces muqueuses; si elles sont troublées par un nuage floconneux, suspendu dans le liquide sans gagner le fond, on doit soupçonner une pollution diurne; si elles laissent déposer un sédiment muqueux, épais, puriforme, mobile au fond du vase, il existe une véritable inflammation catarrhale de la vessie; si le dépôt est glaireux, filant, élastique comme du blanc d'œuf, adhérant au fond du vase, la prostate est malade, ses canaux excréteurs ou follicules muqueux sont dilatés; si le dépôt est purulent et que la prostate soit petite, molle, aplatie, difficile à reconnaître, on peut être certain qu'elle a été fondue par la suppuration; si la prostate est saine, il est probable que le pus vient des reins. Ces caractères sont beaucoup moins trompeurs que les sensations éprouvées par les malades.

M. Lallemand, arrivé au traitement des maladies dont il s'est occupé, se montre très-peu partisan de la méthode par dilatation; il n'est pas toutefois aussi exclusif

dans ses opinions que Ducamp et les praticiens qui se sont emparés de sa méthode ; il accorde que la simple dilatation suffit souvent pour guérir radicalement les rétrécissemens légers et récens ; mais pour peu qu'ils soient anciens, étroits et étendus, ils résistent aux moyens dilatans ; ou, si à l'aide de beaucoup de temps, de soins et de souffrances, les malades parviennent à les aggrandir suffisamment, aussitôt que l'on cesse l'emploi des bougies ou des sondes, la maladie reparaît ; et l'on est obligé de recommencer un traitement tout aussi long, tout aussi pénible et non moins infructueux ; que si, au contraire, dans des cas de ce genre, on détruit d'abord les indurations à l'aide du caustique, pour soumettre ensuite le canal à une dilatation progressive, alors la guérison est aussi prompte qu'efficace. Quant à la manière de pratiquer la cautérisation des rétrécissemens, M. Lallemand rejetant, avec raison, toutes méthodes grossières décrites dans les ouvrages qui ont précédé celui de Ducamp, méthodes dont le principal inconvénient, commun à toutes, est de porter le caustique d'avant en arrière, M. Lallemand, dis-je, rend une justice entière à ce dernier écrivain, qui a eu l'heureuse idée de porter le caustique sur les obstacles de dedans en dehors, après s'être procuré une empreinte exacte de leur forme et de leur étendue. Mais quelque ingénieuse que soit la construction de ces divers instrumens, les praticiens se sont déjà convaincus qu'on ne peut s'en servir avec avantage que dans les cas où les rétrécissemens n'occupent que la partie droite du canal, c'est-à-dire lorsqu'ils ne se trouvent pas au-delà de six pouces : Ducamp lui-même n'a pu réussir que dans des cas de ce genre ; il a lui-même senti ces difficultés, et, pour les

vaincre, il a pensé qu'il suffirait d'imprimer à son porte-caustique une légère courbure permanente, analogue à celle que présente le canal de l'urètre au-delà de six pouces ; mais cette modification, dont la théorie eût pu facilement prévoir l'insuffisance, n'a pu servir dans la pratique à aucun praticien, et plusieurs donnent même le conseil de renoncer à cautériser tous les rétrécissemens qui s'étendent au-delà de cinq pouces et demi à six pouces. On objectera que Ducamp en a guéri plusieurs, qui se trouvaient même à une plus grande profondeur ; mais il est facile de s'assurer que ses assertions à cet égard sont loin d'être convaincantes. En effet, son livre ne contient que quatre observations, qu'on pourrait citer comme preuves de la guérison de rétrécissemens situés au-delà de la courbure sous-pubienne ; mais dejà, dans les deux premières, les obstacles n'étaient situés qu'à six pouces deux lignes et n'avaient que très-peu d'étendue ; dans la troisième, le rétrécissement était à sept pouces et demi ; aussi la cautérisation a été très-douloureuse, ce qui prouve qu'elle a porté en partie du moins sur des tissus sains, et le malade n'a pas guéri complètement ; dans la quatrième, le rétrécissement était à six pouces neuf lignes, et la cautérisation a été encore moins efficace. M. Lallemand a été, dans des cas de ce genre, beaucoup plus heureux que Ducamp ; on verra dans son ouvrage des cas de guérison vraiment surprenans, puisque des obstacles nombreux, très-longs et très-anciens, obstruaient le canal dans plusieurs points à-la-fois et jusque dans sa portion recourbée ; et ces guérisons, il les a dues à l'emploi d'une sonde à cautériser, qu'il appelle aussi *sonde à porte-caustique*, et dont la construction est d'une grande simplicité ; elle a tous les avan-

tages du porte-caustique de Ducamp, et peut, comme le prouve l'expérience de M. Lallemand, s'appliquer à tous les rétrécissemens, quelle que soit leur étendue ou leur siége. Droite ou courbe, selon que l'on doit agir dans la partie droite ou recourbée du canal, la sonde de M. Lallemand se compose, 1°. d'un tube de platine ouvert à ses deux extrémités, destiné à protéger le nitrate d'argent; 2°. d'un mandrin de même métal, portant le caustique à l'une de ses extrémités, de sept lignes plus long que la sonde, et bouchant son ouverture inférieure à l'aide d'un renflement olivaire; 3°. d'un écrou vissé à l'autre extrémité du mandrin pour l'empêcher de sortir, débordant la sonde d'une ligne ou deux pour faciliter la préhension du mandrin, et pouvant être rapproché ou éloigné de la sonde pour limiter à volonté l'étendue de la cautérisation; 4°. enfin, d'un curseur armé d'une vis de pression, destiné à indiquer la profondeur à laquelle pénètre l'instrument. Au reste, la construction de ces sondes est si simple, qu'il suffit de jeter les yeux sur la planche où elles sont représentées pour en concevoir également bien la construction et le mécanisme. Les principaux avantages que les sondes ont sur les instrumens de Ducamp, sont de permettre d'explorer le canal à loisir et de chercher le rétrécissement aussi long-temps qu'on veut, comme avec une sonde ordinaire; de soustraire le nitrate d'argent à l'action de toute cause dissolvante, puisqu'il n'est mis à découvert que quand on est certain qu'il est dans le rétrécissement, qu'on a la mesure exacte de l'étendue de la cautérisation, et la certitude de ne cautériser que dans la direction nécessaire; en outre, il est aussi facile, pour ainsi dire, d'agir dans la partie recourbée du canal que dans sa partie droite; il

suffit, dans le premier cas, de se servir de la sonde à cautériser courbe. On voit, par cet imparfait examen, que l'auteur a eu pour but de perfectionner à-la-fois l'histoire et le traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre. On trouvera dans son ouvrage, exposés avec ce ton de vérité qui lui est si naturel, ses opinions et les faits qui leur ont servi de base; nous répéterons que les uns et les autres nous paraissent mériter une grande attention, et nous ne doutons nullement de la faveur avec laquelle sera accueilli, par les praticiens, amis de leur art et de l'humanité, le nouveau travail de l'habile et du laborieux professeur de Montpellier. Nous ajouterons qu'il est orné de deux planches, sur lesquelles on trouvera représentées les sondes porte-caustique de l'auteur, et les diverses empreintes des nombreux rétrécissemens qu'il a guéris.

N. BELLANGER.

III°. MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

Relation sur l'origine et la propagation de la fièvre qui régna à Barcelone en 1821, *publiée dans ladite ville par une réunion de Médecins étrangers et nationaux*, etc., traduite par BALDISSONE.

En attendant que M. Julia nous fasse jouir de son travail (*Opinions des corporations médicales d'Espagne sur la fièvre jaune qui règne dans la Péninsule*), sur cette importante question, nous allons donner les

points capitaux discutés dans cette relation. Ils sont au nombre de sept, savoir :

1°. Si la fièvre jaune qu'on observa à Barcelone a été importée de la Havane ;

2°. Si de Barcelone elle a été exportée ailleurs;

3°. S'il y a eu des causes locales propres à la produire ;

4°. Si l'époque à laquelle elle se développa est principalement la même que celle où on la voit ordinairement se manifester dans d'autres contrées ;

5°. S'il y a des faits qui attestent la transmission de celle-ci des corps malades aux corps sains, par le contact médiat ou immédiat ;

6°. Si l'opinion émise par la commission française est appuyée sur des observations exactes et bien pesées ;

7°. Si les précautions sanitaires adoptées par le gouvernement ont été bonnes.

La première question est résolue négativement, attendu que la fièvre jaune existait à Barcelone avant l'époque du 17 au 23 juin, qui est celle de l'arrivée du vaisseau venant de la Havane, et que, d'autre part, la fièvre jaune ne régnait point à la Havane à l'époque à laquelle ce vaisseau en partit : les premiers malades qui aient été débarqués d'aucun navire sont ceux de la polaque napolitaine *la Conception*, qui prit ancre dans ce port le 23 avril 1821, et il n'est nullement prouvé que ce bâtiment ait été à la Havane.

Pour ce qui est de la deuxième question, l'on démontre positivement que plusieurs malades furent observés çà et là avant le 29 août, et que quelques-uns, partis de Barcelone, qui se répandirent dans plusieurs endroits, ne la transportèrent nullement. Quant à la troisième, l'on assure qu'il y avait là des causes locales plus que suffi-

santes pour produire une pareille maladie : oubli total de police publique, cloaques; le très-immonde et fétidissime canal *Condal*, bouché depuis quelques années par un banc de sable; l'excessive ardeur du soleil, l'obstruction de tous les conduits de la ville qui étaient mal couverts, le défaut de promenades hors de la cité, joint à la pénurie absolue d'arbres dans les plaines circonvoisines; à toutes ces causes ajoutez avec les auteurs de la relation l'état antérieur de l'atmosphère.

Passant au quatrième point, les auteurs déclarent que cette fièvre a suivi le cours de toute autre épidémie, et a correspondu à des périodes déterminées de l'année, ce qui certainement n'est pas commun aux affections contagieuses.

Relativement au sixième, ils affirment d'une manière absolue qu'il n'existe pas un seul fait positif attestant que des malades transférés ailleurs, hors de la sphère de l'infection, aient communiqué leur maladie à une seule personne. Pas un des employés au lazaret de la marine, par exemple, ne la contracta. Dans l'hôpital du Séminaire, où furent reçues mille sept cent soixante-sept personnes, dont mille deux cent quatre-vingt-treize moururent, de quatre-vingt-dix employés qu'il y avait, trois seulement tombèrent malades. Au contraire, beaucoup de ceux qui s'étaient séquestrés contractèrent la fièvre, comme cela arriva à l'hôpital général, où, d'un autre côté, aucun médecin, chirurgien ou employé n'en fut atteint; plusieurs périrent de cette maladie, qui en avaient déjà été atteints à la Havane, en Amérique, ou à Cadix. Enfin le nombre de ceux qui ont réhabité les maisons où étaient morts des gens atteints de la fièvre avant de les avoir désinfectées, qui ont dormi dans les mêmes lits, qui ont

endossé les mêmes habits sans les avoir purifiés, est infini, et cela n'a pas empêché que la maladie n'ait disparu lorsqu'elle a dû cesser.

Quant au sixième point, la réponse se trouve dans les faits narrés jusqu'ici.

Concernant le septième, l'on rapporte comment la Junte suprême ayant déclaré, immédiatement après que la maladie se fut manifestée, qu'elle ne se communiquait point, elle fut plus tard proclamée contagieuse, très-inutilement, quant aux résultats du contact, et d'une manière très-pernicieuse, puisque la propagation ne fut pas empêchée, et que presque toute la population eut à souffrir de grandes vexations. Au contraire, le gouvernement fit le plus grand bien lorsqu'il permit l'émigration, laquelle, ainsi que toutes les infractions du cordon sanitaire, n'ont reproduit la maladie nulle part.

Dans un appendice, le traducteur rappelle les argumens du célèbre Tomassini, de Lefort, de Chabert, en faveur de la non-contagion de la fièvre jaune. Il exalte fort un ouvrage des docteurs Bouneau et Sulpicy (imprimé en 1822), dont les argumens concernant la *contagion*, l'*infection* et l'*épidémie*, sont les mêmes que ceux donnés il y a environ vingt ans par les auteurs italiens. Il ne trouve pas une seule preuve d'admissible parmi celles rapportées par M. Lassis en faveur de la contagion de la fièvre jaune; il répète, avec Valentin et tant d'autres, que les trois conditions suivantes sont nécessaires au développement de cette affection, savoir: chaleur au-dessus de 22 degrés du thermomètre de R., endroit marécageux, région voisine de la mer et peu élevée au-dessus de son niveau. Il dit en outre que jamais les médecins ne sont parvenus à s'inoculer cette maladie,

malgré les plaies qu'ils s'étaient faites à cette intention; que l'on sait également qu'elle n'est pas contagieuse en Amérique; que le nombre des médecins qui ne croient pas à la contagion est à celui qui y croient comme 560 à 28; que parmi les premiers on compte les médecins espagnols, Desesse et Mocino, qui ont vécu long-temps au Mexique et au Pérou, Humboldt et un grand nombre de médecins anglais; il termine enfin par dire que l'existence seule des peuples américains et espagnols est la plus grande preuve que l'on puisse donner de la non-contagion de la fièvre jaune; car, étant supposée contagieuse et meurtrière, toute contrée qui, avant ce temps, en aurait été affligée, aurait dû être dépeuplée.

— *Réflexions médico-pratiques sur le traitement du Ténia et sur la vertu de l'huile de Croton Tiglium pour l'expulsion de ce ver*, adressées à M. L. Frank, de Parme, par le docteur F. Puccinotti. — Cette partie de la thérapeutique, dit le docteur Puccinotti, est encore, malgré les prétentions d'une foule d'auteurs de remèdes particuliers, enveloppée dans les langes de la polypharmacie, de l'empirisme, et même de la superstition. Le catalogue des électuaires, des poudres, des mélanges et des breuvages employés pour le seul traitement du ténia, est très-long, et la vertu de tous ces remèdes, qu'on nous donne comme admirables, n'est fondée le plus souvent que sur la mode ou les éloges exagérés de celui qui les préconise, au lieu de l'être sur la vérité et la constance de leurs effets. Ces différentes considérations portent notre auteur à passer en revue tous les traitemens proposés jusqu'à ce jour pour la guérison du ténia; et à l'exemple du savant Omodei, il jette un coup-d'œil rapide sur les différens modes de traiter cette

affection. Il signale tour-à-tour les avantages ou les inconvéniens de la méthode de Chabert, qui consiste dans l'usage de l'huile essentielle de térébenthine, dont les estomacs de la plupart des personnes faibles et des pays chauds se trouvent fort mal ; de celle de Nouffer, accompagnée de celle d'Odier, c'est-à-dire celle qui a pour but l'emploi du *polypodium felix mas*, que l'on fait précéder ou suivre de fortes doses d'huile de *ricin*; de celles de Desault et d'Alton, basées sur les oxides de mercure et d'étain, et que Brera accuse de produire des accidens graves ; de celle de Mathieu, qui fut si bien récompensée de Guillaume III, et qui n'est qu'une combinaison de celles de Nouffer, d'Odier et d'Alton, surchargée de drastiques, auxquels elle doit ses bons résultats. Rosentin, Darélius, Lindhult, Sidren et autres ont employé l'eau froide avec les purgatifs ; Goeze et Fax, une eau minérale purgative. La méthode de Mejer est également une méthode évacuante. L'auteur parle ensuite des bons effets que quelques-uns ont obtenus de l'écorce de la racine fraîche de grenadier, recommandée par Dioscoride, et que tout récemment ont remis en pratique Breton, Gomez, Cologno, MM. Deslandes, Husson et autres. Vient après cela la solution alkalino-arsenicale de Fowler, employée par un médecin anglais ; la méthode de Gelnecke, proposée par le docteur Cagnola, en 1821, et dont l'effet est dû à la grande quantité de gaz acide carbonique qui se dégage ; gaz que Targioni et Ingenhouz avaient déjà prouvé être un puissant anthelmintique. Il relate ensuite comment le même auteur s'y est pris pour faire périr un ténia, sorti en partie hors du rectum, en baignant la partie pendante dans l'acide hydro-cyanique; mais il fait observer tout le danger que l'on court, si par malheur l'animal, qui fait

de grands mouvemens et exerce de fortes tractions, vient à rentrer dans le corps.

Enfin, quant à l'huile de Croton, l'auteur rend compte comment cette idée lui a été suggérée; c'est en voyant la plupart des effets des moyens mentionnés ci-dessus, dont la majorité agissent comme drastiques ou fort évacuans; car M. Puccinotti convient que l'huile de Croton tiglium n'a, dans ce cas, aucune vertu spécifique, et qu'il ne saurait agir différemment.

Voici de quelle manière il s'en explique lui-même à la pag. 54: Ayant souvent réfléchi sur les principaux moyens, les plus dignes de foi, employés par les médecins pour l'expulsion du ténia, et spécialement du cucurbitain et de l'armé, il m'a paru que toutes les compositions dont on a fait usage pouvaient se réduire à ce point principal de thérapeutique anthelmintique, que *les substances huileuses et les fort drastiques ont été de tout temps les médicamens employés le plus souvent avec succès dans ces cas.* De là, dit-il, l'application récente de l'huile de Croton pour le traitement de cette maladie, substance huileuse la plus éminemment drastique que l'on connaisse jusqu'ici.

L'auteur l'employa, pour la première fois, sur le nommé Banchetta, âgé de vingt-huit ans, qui depuis six ans était tourmenté du ténia armé, lequel avait résisté aux traitemens les mieux entendus, dirigés par d'habiles médecins, et dont la présence était bien constatée par l'expulsion de plusieurs fragmens. Le malade fut mis, après trois jours de diète préparatoire, à l'usage de l'huile de Croton, à la dose d'une goutte dans une tasse de bouillon, qui procura dans le courant de la journée huit selles jaunâtres, sans coliques, dans lesquelles fut trouvée une

quantité de morceaux de ténia, dont les plus grands avaient deux palmes de long. Le surlendemain, il prit une deuxième dose, laquelle procura six selles qui entraînèrent également des fragmens du ver, après quoi le malade se trouvant bien on le crut guéri. Mais un mois après, ayant souffert de nouveau les mêmes tourmens, il fut mis pendant six jours, de deux jours l'un, à l'usage de la susdite huile; ce qui lui fit rendre une grande quantité de fragmens de ténia putréfié. Et quoique M. Puccinotti ne puisse assurer avoir vu rendre la tête, il certifie que son malade a été parfaitement guéri, n'ayant éprouvé jusqu'à ce jour aucun symptôme de son affection. Notre savant italien a éprouvé deux autres fois l'efficacité de l'huile de Croton tiglium dans des cas semblables. Malgré cela, ces faits, comme en convient l'auteur, sont en trop petit nombre pour que l'on puisse fixer d'une manière irrévocable la vertu anthelmintique de l'huile de Croton; aussi ne les donne-t-il que comme propres à en recommander l'usage dans des cas de même nature. Sous ce rapport, on ne saurait trop louer la retenue et la modestie de M. Puccinotti, qui, bien qu'il paraisse être le premier qui ait administré l'huile de Croton en pareille circonstance, ne manque pas de dire que cette substance médicamenteuse avait déjà été fortement recommandée, comme vermifuge, par Lemery, Levis, Geoffroy et Murray, et de signaler les Matheis, les Vacca, les Brera, les Morelli, les Poggi, les Tantini et les Fenoglio, comme étant les premiers qui aient fait des expériences sur ce médicament.

— *Histoire des fièvres intermittentes pernicieuses observées à Rome depuis* 1819 *jusqu'en* 1821; par F. Puccinotti, 1824. — L'ouvrage de M. Puccinotti

est une preuve des progrès que la méthode analytique fait en Italie. Il est le premier à offrir un bel exemple de l'heureuse application que l'on peut faire à la pratique médicale de la pathologie analytique, déjà employée par M. Bufalini.

L'ouvrage, dont nous donnons une idée, peut être envisagé sous deux points de vue, savoir, sous celui des faits et sous le rapport de la théorie des fièvres pernicieuses.

Quant aux faits, ils résultent de nombreuses observations recueillies à Rome par l'auteur lui-même.

M. Puccinotti fait remarquer à propos le génie épidémique des maladies qui précédèrent les fièvres qui ont régné dans les trois années de ses observations, et l'influence qu'il eut sur celles-ci : puis il parle des signes caractéristiques généraux et de la marche des fièvres pernicieuses elles-mêmes, et il prouve par les faits que leur caractère a toujours été analogue à celui de la constitution dominante.

Viennent ensuite les différentes espèces de rémittentes pernicieuses, dont nous nous bornerons à donner l'énumération.

1°. La *céphalique*, dont un cas présenta une complication inflammatoire qui exigea que l'on fît concourir les saignées avec le quinquina.

2°. La *vertigineuse*, déjà observée par G. Frank, et qu'Hipp. Fernel et Petronius avaient signalée.

3°. La *Fatua*; *extravagante*, qui ressemble beaucoup à la *délirante* de Torti, et de laquelle Notarjanni seul avait analysé et décrit les symptômes.

4°. La *Frénétique*, que l'on peut regarder comme n'étant qu'un degré de plus de la précédente.

5°. L'*Hydrophobique* de Dumas, que M. Puccinotti prétend avoir déjà été connue et décrite par Torti, et observée deux ans avant le professeur de Montpellier, par Notarjanni, c'est-à-dire dans le mois de juillet 1781. M. Puccinotti en rapporte un très-bel exemple.

6°. L'*Angineuse*. S'étayant des observations de Stoll, de Sydenham, Reil, Meli et Notarjanni, notre auteur est porté à croire que les symptômes angineux qui accompagnent de telles intermittentes sont de nature nerveuse et ont leur origine à la moelle épinière. Mais ils ne sont jamais ni assez graves ni assez prédominans pour devoir constituer une variété particulière de fièvre pernicieuse, à moins que sans raison on veuille multiplier les êtres, comme on l'a fait pour l'*odontalgique*, l'*aphonique*, la *singultueuse*, l'*hystérique*, et semblables.

Appuyé de ses propres observations et de celles de F. Vacca, de Beer, de Frank et autres, sur l'amaurose, qui, suivant eux, tient quelquefois à la fièvre intermittente, l'auteur a cru pouvoir établir que la pernicieuse *amaurotique* constituait une espèce particulière, quoiqu'à la rigueur elle puisse être rapportée à la pernicieuse *cœca* de Morand, ou à la quarte pernicieuse *cœca* dont Torti a parlé. M. Puccinotti met hors d'aucun doute cette nouvelle variété de pernicieuse par un exemple très-remarquable qu'il en donne, dans lequel l'amaurose suivait régulièrement la marche de la fièvre et disparaissait avec celle-ci.

Sans nier, contre le témoignage de Pelares, d'Hoffmann, de Médicus et Sagar, l'existence de l'ophthalmique, notre auteur la rapporte à une fluxion rhumatique ou à la congestion qui accompagne les premières périodes de la fièvre.

Parmi les fièvres pernicieuses, décrites par M. Puccinotti, la *tétanique*, qu'il a fait le premier connaître, mérite une mention toute particulière. Il en rapporte deux cas : dans l'un, l'accès s'accompagnait d'emprosthotonos, et dans l'autre, d'opisthotonos.

Si l'on ne peut pas assurer exactement que celle qu'il appelle *sténocardiaque* soit nouvelle, il faut alors la regarder comme une variété de l'*anévrysmatique* d'Ambrogi, de la *sincopale* de Torti, et de la *carditique* de M. Coutanceau. Il rapporte la cause de celle qu'il a observée à une attaque périodique de névralgie du plexus cardiaque et thoracique. Il appuie son opinion des belles observations de Morgagni, de Legallois, de Rachetti, de Frank et de Thaer, lesquelles prouvent combien le cœur est sous l'influence du nerf intercostal.

Il jette ensuite un nouveau jour sur cette variété de pernicieuse, dans laquelle le sang transsude comme dans la *scorbutique*, fièvre à peine signalée par Morand, et observée seulement sous le type tierce par Bruce, Vedelius, Etmuller, et sous celui de quarte, par Th. Bartholin. Parmi celles-ci l'on compte *l'épistaxique*, l'*hémoptysique*, l'*hématémésique*, excessivement rare, et observée seulement par Gaillard et notre auteur.

Une autre espèce de fièvre pernicieuse, que M. Puccinotti nous fait bien connaître, c'est la *colique*, le plus souvent de nature atonique ; fièvre qui n'a pas été décrite par le médecin de Modène, ni par M. Alibert, quoiqu'elle paraisse avoir été connue par Stork, Sagar, Frank et Morton. Un symptôme bien digne d'attention, dans cette fièvre, c'est la *tympanite fluctuante*.

Une autre variété, c'est l'*ictérique*, dont Gilbert a fait connaître un exemple. M. Puccinotti dit encore de

fort bonnes choses sur les pernicieuses *néphrétique* et *lymphatique*.

Le démenti formel, donné par M. Alibert à Osiander, sur l'existence de la fièvre pernicieuse *puerpérale*, donne occasion au médecin italien de traiter avec beaucoup d'exactitude de cette intéressante variété, observée par peu de personnes avant lui, et que le professeur de Paris nie.

Tels sont les cas principaux exposés par le savant Puccinotti, concernant l'histoire des fièvres pernicieuses.

Nous allons maintenant exposer, très-succinctement, la partie théorique.

D'abord, l'auteur divise les fièvres pernicieuses en *encéphalo-nerveuses*, *hématopnoïques* et en *meningo-gastriques*. A la première division appartiennent la céphalique, la vertigineuse, la *fatue*, la frénétique, la cataphorique (dans laquelle il renferme, comme variété, la typhomaniaque, la comateuse, la léthargique, la carotique, l'apoplectique, la cataleptique, l'épileptique, l'hydrophobique, l'ischiatique, l'arthritique, la paralytique, la convulsive et la tétanique); à la seconde appartiennent l'aphonique, la pleurétique, la catarrhale, l'asthmatique, la sténocardiaque, l'anévrysmatique, la syncopale, l'algide, la diaphorétique, la scorbutique, l'épistaxique, l'hémoptysique, l'enterrorhagique (qui comprend la dysentérique, la subcruente, l'atrabilaire), la métrorrhagique et la singultueuse; dans la dernière, enfin, il compte l'émétique ou vomitive, la cardialgique, la cholérique, la colique, l'ictérique, la subcontinue, l'émétritée, la lymphatique, la néphritique, l'hysthérique, la puerpuérale, l'exanthématique et celle enfin par cause traumatique. Ensuite, après avoir prouvé

combien les bases sur lesquelles MM. Alibert, Pinel, Brown, etc., ont établi les caractères des fièvres intermittentes pernicieuses, sont mauvaises, M. Puccinotti pose en principe que ces fièvres se composent de deux principes morbifiques, ou de deux sortes d'affections, qu'il appelle *protopathique* et *omopathique*; de la différente combinaison et des divers degrés desquelles ressortent non-seulement toutes les formes spéciales des fièvres pernicieuses, mais encore toutes les indications curatives à remplir.

La protopathie indique l'état pathologique essentiel, le fond commun, comme le dit l'auteur, à toutes les intermittentes, lequel est constant et séparé de tout autre état morbifique éventuel ou concomitant. C'est dans cet état que repose la condition spécifique, essentielle, des fièvres intermittentes, soit simples, soit pernicieuses. Les causes qui déterminent la protopathie sont les mêmes que celles qui ont donné lieu aux affections constitutionnelles antécédentes, auxquelles celle-ci se trouve liée. Comme ces causes tiennent à une constitution cachée de l'atmosphère, du climat ou de la saison; à des qualités spécifiques occultes qu'il est impossible d'apprécier, et desquelles la *protopathie* elle-même procède, l'auteur ne veut point qu'on en recherche la nature, ce que l'on ferait en vain, mais bien que l'on s'occupe à en établir les vrais caractères, afin que l'on puisse la distinguer de tout autre état morbifique. La périodicité ne constitue pas, dit-il, l'essence de telles maladies, comme on pourrait le croire au premier abord; elle n'est que l'effet d'un travail intime et secret qui a commencé sous l'empire de la constitution morbide antécédente : il ne faut donc pas regarder la

périodicité comme la seule qualité pathologique de ces affections, malgré qu'elle porte avec elle le premier caractère représentatif et le plus constant de ces maladies.

L'omopathie, au contraire, comprend toutes les autres conditions morbides accessoires, éventuelles et concomitantes, au moyen desquelles, de *monoïde* ou simple que la fièvre intermittente était, elle devient composée et revêt un caractère décidément pernicieux. De façon que dans le sens de notre auteur, une fièvre intermittente pernicieuse n'est autre chose qu'une intermittente compliquée d'une autre affection. L'omopathie, donc, jointe à la protopathie, constitue les diverses espèces de fièvres intermittentes pernicieuses, et guide le praticien dans le choix des moyens curatifs.

M. Puccinotti fixe à quatre le nombre des omopathies, qu'il distingue par leur propre nature et la diversité des moyens qu'elles réclament pour être combattues. Ces omopathies ou complications sont ; la *phlogistique*, la *bilieuse*, l'*atonique* et la *scorbutique*, qui, comme l'on voit, sont autant d'affections simples.

L'on peut s'apercevoir maintenant combien, par la combinaison de ces deux principes, il est facile d'expliquer les diverses variétés des fièvres pernicieuses, leur origine, et en même temps combien il paraît aisé d'établir les différentes manières de les traiter. Tels sont, en raccourci, les faits et les principes contenus dans l'ouvrage de M. Puccinotti, et les avantages que l'on peut tirer de la juste application de l'analyse philosophique à la médecine, car ce n'est que par ce moyen que l'on parviendra à séparer le vrai du faux. (*Annali universali di Medicina d'Omodei*, avril et mai.)

— *Rapport du professeur* Rossi *à la classe des Sciences*

physiques et mathématiques de l'Académie royale des Sciences de Turin, sur la guérison d'un individu dans lequel s'étaient déjà manifestés des signes avant-coureurs d'hydrophobie rabique. — Le 22 octobre 1824, le nommé Ferroglio, âgé de 32 ans, d'un tempérament sanguin et doué d'une hilarité constante, fut mordu par un chat étranger à la maison, qui se jeta sur lui dans le moment qu'il ouvrait la porte de sa cave, et lui fit trois plaies au carpe gauche, d'où s'écoula du sang en abondance. Le blessé se contenta pour le moment de bien laver ses plaies dans de l'eau froide. Le chat, qui avait manifesté deux jours avant des envies de mordre, fut tué le lendemain de l'accident, présentant, dit l'auteur de l'observation, tous les signes de la rage (1).

Vingt-quatre heures après l'accident, le mordu s'adressa à un chirurgien, qui lui cautérisa légèrement deux de ses plaies, négligeant, on ne sait pour quel motif, de cautériser la troisième, qui était la plus étendue. Quelques jours après, le malade consulta le D. Castagno, qui l'adressa au professeur Rossi; celui-ci examina attentivement les cicatrices résultant de la morsure, et déclara positivement que son avis était *que celles-ci avaient les caractères qui sont propres aux cicatrices qui résultent des blessures faites par les dents d'un animal enragé, lesquels caractères diffèrent de ceux qu'of-*

(1) Mais outre que l'auteur ne dit pas quels étaient ces signes, il est en contradiction avec lui-même, puisqu'à la page 364, dans sa première lettre à M. le professeur Rossi, il s'exprime ainsi : *En conséquence l'on pourrait, avec fondement, supposer que le chat était atteint de rage, sans toutefois que j'en sois certain, attendu que l'animal a été tué quelque temps après.*

frent celles qui proviennent de la morsure d'un animal non enragé, et dont la différence tient, d'après M. le professeur Rossi, dans un *quid tertium*, qui est la cause immédiate de la rage chez les individus de l'espèce humaine.

D'après les conseils de M. Rossi, Ferroglio fut profondément cautérisé de nouveau le 19 novembre, vingt-sept jours après l'accident, et mis à l'usage du vinaigre et de la tisane du *genista luteo-tinctoria*, à la dose d'un verre matin et soir. L'on examina l'état des glandes sublinguales, afin de pouvoir constater les changemens qui y surviendraient.

Rien ne se manifesta de nouveau jusqu'aux premiers jours de décembre que le mordu commença à devenir triste, mélancolique, à chercher les lieux les plus solitaires et à pleurer amèrement : le sommeil, à cette époque, fut interrompu par des rêves épouvantables, l'appétit diminua, et le malade éprouva du dégoût pour le vin, dont il usait avec plaisir depuis sa plus tendre enfance. La face devint vultueuse, les yeux étincelans ; et quoiqu'il y eût déjà quelques jours que le malade eût cessé l'usage du vinaigre et de la décoction de genêt, il avait constamment la bouche remplie de salive. La glande sublinguale gauche était plus enflée que la droite, qui était dans son état normal (*la ghiandola sottolinguale sinistra era più tumida della destra, la quale era in stato naturale*); un prurit douloureux se faisait sentir dans l'endroit mordu.

Vu tous ces symptômes, dont la majeure partie (d'après le docteur Castagno, par qui cette observation a été recueillie) sont certainement les prodromes de l'hydrophobie, il crut ne pas devoir différer un instant à cauté-

riser les glandes situées sous la langue : cette opération, qui eut lieu le 10 décembre, fut faite par un petit bouton de fer rougi, appliqué trois fois sur chaque glande ; et malgré que le malade la supportât avec le plus grand courage, elle fut excessivement douloureuse, et faillit entraîner des accidens graves après elle ; mais avec la disparition de ceux-ci, dans l'espace de trois à quatre jours s'évanouirent également tous les symptômes ci-dessus décrits, et le malade recouvra une santé parfaite (1).

Cette observation, à laquelle nos journaux ont donné une certaine célébrité, et qui, au premier abord, semble légitimer de si flatteuses espérances, est non-seulement très-incomplète, mais encore peu probante pour l'esprit même le moins attentif. Entachée des mêmes vices que toutes celles du même genre, où leurs auteurs ont cru avoir guéri des rages, l'on voit qu'elle pèche essentiellement dans le point capital, celui de savoir si l'animal et le malade étaient enragés ; et en effet, M. le professeur Rossi lui-même en fait l'aveu. Il résulte de la première lettre du docteur Castagno qu'il n'est point certain que le chat qui fit les blessures fût enragé ; d'un autre côté, il ne serait pas exact non plus de dire que Ferroglio ait présenté des signes caractéristiques de rage, attendu même qu'il n'a pas éprouvé ceux qui sont propres à l'hydrophobie, que

(1) L'auteur fait observer, dans une note, que la langue étant continuellement enveloppée d'une couche de salive, l'action du cautère actuel doit nécessairement en être amortie ; par conséquent, pour que la cautérisation soit fructueuse, pour qu'elle ne se borne pas seulement aux tégumens, et pénètre jusqu'au centre de la glande, il est nécessaire d'appliquer le fer rouge plus d'une fois.

nous distinguons, et qu'il faut réellement distinguer de la rage proprement dite.

Quant aux prétendues *lysses* de MM. Marochetti et Xanthos, nous sommes d'autant plus porté à les révoquer en doute, que M. Castagno s'est contenté d'énoncer le fait d'une manière qui nous paraît excessivement vague, et que d'un autre côté nous n'avons pu apercevoir, quelle qu'ait été notre attention à les observer, M. Balencie et moi (*Revue Médicale*, tom. 3, p. 187, et tom. 4, pag. 359), dans deux cas de rage confirmée.

Quoi qu'il en soit, cette observation est remarquable en ce qu'elle a donné lieu au savant professeur italien de chercher à distinguer les cicatrices qui résultent de la morsure d'un animal enragé, de celles qui sont le produit d'une bête qui ne l'est pas; ce qui serait de la plus haute importance pour le traitement de cette terrible maladie, s'il était permis d'espérer qu'un pareil diagnostic pût se réaliser. Mais malheureusement les faits sur lesquels les signes qui paraissent propres à différencier ces deux cas ont été puisés, sont en très-petit nombre, comme M. Rossi lui-même en convient, pour que ce savant ait pu les croire très-certains. Aussi ne les donne-t-il que comme propres à éveiller l'attention des gens de l'art plutôt que comme des signes pathognomoniques. Ces signes consistent *dans une couleur rouge foncée des cicatrices, tendant au livide vers le centre, qui est un peu tuméfié;* dans l'accroissement de sensibilité que le malade éprouve dans les parties mordues et que le plus léger toucher exaspère; dans la sensation de chaleur, que les plus légères frictions exécutées avec la pulpe des doigts augmentent;

dans un *sentiment de froid importun*, symptôme déjà observé par ce médecin, après la morsure d'un chat enragé, et qui se trouve consigné dans son mémoire intitulé, *Observations anatomico-pathologiques avec des expériences sur l'hydrophobie et la rage.*

Le professeur italien n'est pas éloigné de croire que tous ces signes qui précèdent la rupture des cicatrices déjà formées, ne soient dus à ce qu'il appelle un *quid tertium*, ou virus, qui est la cause des symptômes que nous venons de mentionner; lesquels doivent par conséquent manquer dans les cicatrices résultant des morsures d'animaux non enragés (1).

Dans les considérations qui suivent son rapport, M. Rossi combat victorieusement l'opinion de ceux qui n'envisagent la rage que comme une affection purement nerveuse. Enfin il déduit de cette observation les cinq considérations suivantes :

1°. Que malgré les profondes cautérisations des trois blessures, faites 24 heures et 27 jours après l'accident, malgré l'usage du vinaigre et de la décoction du *genista luteo-tinctoria*, quelques prodromes de l'hydrophobie rabique se sont manifestés sur le nommé Ferroglio, environ 48 jours après avoir été mordu, 21 jours après la cautérisation;

2°. Qu'à l'apparition des prodromes hydrophobiques, la glande sublinguale gauche a paru plus gonflée;

3°. Que la cautérisation de l'une et l'autre glandes sublinguales a suffi pour faire cesser ou détruire lesdits

(1) Mais quand bien même tous ces signes seraient réels et faciles à saisir, quel avantage pourrait-il en résulter pour le traitement, s'ils ne se manifestent qu'après l'incubation du virus rabique, lorsque l'infection est générale, et que la cautérisation ne saurait atteindre le *quid tertium?* Aucun.

prodromes, sans qu'il ait été nécessaire de répéter celle de la partie mordue ;

4°. Que du 11 décembre 1824 jusqu'au 2 mars 1825, le nommé Ferroglio a joui d'une santé parfaite, ayant repris ses habitudes et son hilarité ordinaire ;

5°. Enfin, que le médecin Castagno avait agi sagement et sûrement, en cherchant à plusieurs reprises à pénétrer avec le fer rouge jusqu'au centre *desdites glandes.*

— *Observations sur l'usage du Piperin, dans les fièvres intermittentes ;* par M. le docteur Gordini, médecin des hôpitaux de Livourne. — Ce médecin rapporte sept observations de fièvres intermittentes, la plupart rebelles, qui ont été complètement guéries par l'emploi du piperin.

De ces sept observations, M. Gordini tire les conclusions suivantes :

1°. Que le piperin, administré à la dose de huit grains, et même à celle de six, guérit la fièvre intermittente.

2°. Que, donné en poudre, il a plus d'activité qu'en pilules ;

3°. Que le piperin guérit même les fièvres qui sont réfractaires au sulfate de quinine ;

4°. Enfin, que cette substance s'oppose plus efficacement que le sulfate de quinine aux récidives fréquentes, auxquelles ces maladies sont sujettes.

Toutefois, ce praticien désire que des expériences ultérieures sanctionnent la vérité de ces corollaires, afin que l'humanité souffrante puisse compter un remède de plus à opposer à ces maladies souvent si rebelles.

IVe. VARIÉTÉS.

Institut Royal de France.

Séance du lundi 27 juin. — M. Zugenbahler, dans une lettre adressée à M. le président, fait connaître à l'Académie qu'il a soutenu, il y a dix ans, une thèse sur le sujet dont s'occupe aujourd'hui M. Barry, médecin anglais, qui a lu dernièrement à l'Institut un mémoire *sur la circulation du sang dans les veines*. M. Barry prétend qu'il s'opère un vide dans le thorax pendant qu'il se dilate; M. Zugenbahler prétend, au contraire, que le vide s'opère dans le cœur. Du reste, l'auteur de la lettre ne l'a pas écrite dans les vues de disputer à M. Barry la priorité, mais bien pour prier l'Académie de prononcer sur la dissertation qu'il a publiée en 1815, *De Motu sanguinis per venas*. Cette dissertation, écrite en latin, est jointe à la lettre; l'auteur soutient, comme tendent à le prouver les expériences de M. Barry, que la circulation du sang dans les veines est soumise à la pression atmosphérique, sauf à constater l'endroit où s'opère le vide. Les commissaires nommés pour examiner le mémoire de M. Barry sont également chargés de rendre compte du travail de M. Zugenbahler.

Séance du lundi 4 juillet. — L'Académie entend un rapport verbal de M. Thénard sur l'*Analyse des eaux minérales de Vichy*, par M. Longchamps, chargé par le gouvernement de l'analyse de toutes les eaux minérales de France. M. Longchamps n'a encore publié que la partie de son travail relative aux eaux de Vichy. D'après l'intérêt que présente cette partie, la commission exprime le désir de voir l'auteur rendre bientôt publique l'analyse des autres sources qu'il a examinées. Parmi ses observations curieuses sur les eaux de Vichy, on remarque surtout la preuve de l'existence d'une quantité de silice bien

plus grande qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici. Une autre observation non moins intéressante est celle du refroidissement progressif des sources.

— M. le docteur Costa lit un mémoire intitulé : *Considérations générales sur l'épidémie qui a régné à Barcelone en* 1821, *et sur les mesures prises par le gouvernement pour en prévenir le retour*. L'auteur a été à même de recueillir à leur source les faits et les observations qu'il rapporte, ayant été médecin d'un lazaret. Après avoir décrit l'état des choses et les mesures prises sur la frontière, mesures très-insuffisantes pour empêcher la contagion, si elle eût réellement existé, M. Costa n'hésite pas à affirmer qu'il n'y avait pas contagion ; il fait sur l'administration défectueuse des lazarets des remarques fort justes, et qui pourront être utiles, si on veut en tirer parti. M. Costa est tellement persuadé que la contagion à laquelle on a fait jouer un si grand rôle dans l'épidémie de Barcelone n'est qu'une chimère, qu'il propose, tant en son nom qu'en celui de MM. Lassis et Lasserre, de faire eux-mêmes des expériences à ce sujet; il demande qu'on fasse venir de la Havane, ou de tout autre lieu où règne la fièvre jaune, des vêtemens qui aient été portés par des hommes morts de cette maladie ; ces vêtemens, hermétiquement fermés pendant le passage, seront, à leur arrivée à un port quelconque, portés par ces Messieurs, qui ne feront usage d'aucun moyen désinfectant.

Séance du lundi 11 *juillet*. — M. Arago entretient l'Académie des expériences qu'il a fait faire sur la *température des sources artésiennes*. Parmi un grand nombre d'expériences faites à ce sujet, il résulte des plus positives, que la température des différentes couches terrestres va en augmentant d'une manière assez régulière, à mesure que les couches sont situées à une plus grande profondeur ; mais les expériences faites jusqu'ici ayant eu lieu dans des mines, pouvaient ne pas réunir toutes les circonstances nécessaires pour donner des

résultats positifs. On conçoit, en effet, que les travaux qui s'exécutent dans les mines peuvent avoir quelque influence sur la température des couches. Pour obvier à cet inconvénient, M. Arago a pensé qu'en prenant la température des sources situées à des profondeurs connues, il lui serait facile d'arriver à la connaissance de la température des couches avec lesquelles elles sont en contact. Il a fait faire à ce sujet des expériences en différens lieux.

Il résulte de ces expériences, que la température va en augmentant d'un degré par cent pieds de profondeur.

Des expériences faites sur la température moyenne de *la* surface du sol ont donné le même résultat.

— M. le docteur Lasserre lit une note qui fait suite au mémoire lu par M. Costa, sur la *non contagion de la fièvre jaune*. Cette note sera remise aux commissaires chargés d'examiner le mémoire de M. Costa.

Académie Royale de Médecine.

Section de Médecine. — *Séance du 14 juin.* — *Thridace, ou suc de laitue.* — M. François lit un mémoire sur la *Thridace*, ou le suc extrait de la laitue des jardins (*lactuca sativa hortensis*), au moment de la floraison.

— *Hydropisie générale et dyspnée très-forte accompagnant la grossesse.* — Ce titre est celui d'une observation lue par M. Destouet, en son nom et au nom de M. le docteur Bourgeoise. La femme qui en est le sujet ne commença à éprouver de la dyspnée que vers le septième mois de la grossesse; mais bientôt cette dyspnée devint telle, que la malade ne put plus se coucher ni presque dormir, éprouvant de continuels accès de suffocation. En même temps se déclarèrent tous les symptômes d'une hydropisie générale, bouffissure de la face, infiltration de tout le système cellulaire sous-cutané, œdé-

matie considérable des membres supérieurs, et inférieurs surtout. Des saignées répétées de temps en temps firent cependant arriver la grossesse à son terme; l'accouchement se fit naturellement et assez facilement ; mais une péritonite survint, et la malade ne fut guérie qu'après un mois.

Estomac traversé d'une épingle. — M. Ferrus présente à la Section un estomac sur la grande courbure duquel est implantée, près du pylore, une épingle longue d'un pouce, et dont la pointe fait saillie à travers la tunique externe du viscère. Pendant la vie, rien ne fit soupçonner la présence de ce corps étranger, qui ne suscita aucun accident, et qui paraissait cependant avoir cheminé quelque temps dans l'épaisseur des parois de l'organe, et avoir pénétré vers le tiers supérieur de l'œsophage.

Ramollissement de l'estomac. —Ce même médecin, M. Ferrus, montre deux cas de ramollissement de l'estomac : dans l'un, l'altération ne fut annoncée pendant la vie par aucun symptôme remarquable, ce qui rend de plus en plus douteuse la question de savoir si elle est toujours ou non le produit d'une inflammation ; seulement, le malade était atteint du scorbut : ce scorbut était-il ici la cause du ramollissement ?

Déchirure du cœur. — M. Ferrus présente encore un cœur offrant à sa superficie quelques taches scorbutiques, et une déchirure longue d'un pouce, au ventricule gauche, près la pointe de l'organe. Au lieu de la déchirure la substance du cœur paraît altérée, et l'on voit qu'évidemment cette déchirure s'est faite peu-à-peu et de dedans en dehors. Le malade était le même scorbutique qui a présenté le ramollissement de l'estomac dont il vient d'être parlé. Peu de temps avant sa mort, il avait fait une chute, s'était fracturé trois côtes de chaque côté, et depuis lors il avait éprouvé des étouffemens et un sentiment de chaleur vive à la région précordiale.

— *Paralysie et narcotisme provoqués par l'emploi de la poudre d'Iris.* — M. le docteur Aumont rapporte à la Section, que deux jeunes personnes ayant mis le soir, en se couchant, une grande quantité de poudre d'Iris dans leur chevelure, eurent toute la nuit un sommeil très-agité ; qu'au réveil, elles étaient en proie à une forte céphalalgie, à un serrement extrême de la gorge, à des envies et des difficultés d'uriner, semblables à celles qui suivent l'emploi des cantharides, et qu'enfin l'une d'elles eut même une hémiplégie complète de tout le côté droit du corps, qui dura quinze heures.

Séance du 28 juin. — *Muguet.* — M. le docteur Véron lit un mémoire sur le muguet, dans lequel il établit : 1°. que cette maladie affecte spécialement la muqueuse de la bouche, du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, et celle du gros intestin ; mais jamais celle de l'estomac, de l'intestin grêle et des voies respiratoires ; 2°. qu'elle a son siége spécial dans les follicules muqueux de la membrane ; 3°. qu'enfin elle peut se développer chez les fœtus encore contenus dans le sein de leur mère.

Diathèse anévrysmale. — M. Chomel présente un cœur et une aorte sur lesquels on peut voir l'altération de tissu qui est le principe des anévrysmes, répandue sur une assez grande surface. Le cœur est un peu plus gros que l'état normal ; les parois du ventricule droit plus denses que celles du ventricule gauche ; l'orifice ventriculo-aortique, d'une médiocre largeur. L'aorte est inégale dans toute son étendue ; et ces inégalités répondent à des plaques blanches, semi-cartilagineuses, qui forment la plus grande partie de sa surface. A partir de l'orifice ventriculo-aortique, elle offre, dans une hauteur de trois pouces et demi, trois enfoncemens circonscrits par un bourrelet saillant, l'un au côté droit de la naissance de l'aorte, un second au côté gauche, et le troisième au-dessus du premier. Ces enfoncemens, larges de six lignes

à un pouce, et profonds de deux à huit lignes, n'ont pour parois que le tissu cellulaire, ou la troisième tunique de l'artère, qui est épaissie et ne conserve plus aucune structure distincte. Ce tissu a subi la même altération sur une partie du pourtour du vaisseau.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 6 juin.* — *Anévrysme du tronc brachio-céphalique.* — MM. Gimelle et Larrey font un rapport sur une observation d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, présentée à la Section par M. Devergie aîné.

Cécité traumatique. — M. Larrey soumet à l'examen de la Section un militaire, âgé de vingt-sept ans, ayant reçu un coup de fleuret déboutonné à l'angle interne de l'œil gauche, en dehors et au-dessous de la caroncule lacrymale; l'instrument ayant glissé entre l'œil et la paroi interne de l'orbite, le malade a éprouvé une paralysie incomplète de cet organe, marquée par la dilatation de la pupille, l'immobilité de l'iris, et une aberration de la vision telle, que le blessé n'apercevait plus que la circonférence des objets. Depuis un mois qu'a eu lieu l'accident, des excitans de toutes sortes ont été employés, et l'on commence seulement à reconnaître un peu de mobilité dans la pupille.

Séance du 30 juin.—*Origine des nerfs spinaux.*— M. Amussat, dans une communication verbale, annonce comme certains les faits suivans sur l'origine de ces nerfs: 1°. que le ganglion qui est placé non loin de l'origine de chacun de ces nerfs, appartient exclusivement à leur racine postérieure, et que les filets des racines antérieures lui sont seulement accolés; 2°. que ce ganglion n'est pas formé d'un tissu homogène; 3°. qu'à l'endroit de ce ganglion les filets nerveux ne sont pas interrompus, mais bien qu'ils sont parfaitement continus, seulement écartés les uns des autres et renforcés par la substance grise, et qu'ils forment un faisceau plus gros en en sortant qu'en y entrant; 4°. que les filets de l'une et l'autre racine se comportent de telle sorte dans leurs divi-

sions ultérieures, que le petit nerf contient toujours un filet de chacune, l'un destiné au sentiment, et l'autre au mouvement. M. Amussat annonce aussi, comme démontré pour lui, que les nerfs du plexus sacré, en se réunissant pour former le nerf sciatique, s'entrecroisent deux à deux.

Altération des os du crâne. — MM. Emery, Ribes et Murat font un troisième rapport sur un crâne malade, présenté par M. Devergie. Ce crâne est celui d'un vétéran qui a succombé à une maladie du cœur; il offre un épaississement considérable dans toute la partie antérieure du frontal, l'ethmoïde et une partie du corps du sphénoïde: la saillie que faisait la lame interne des sinus frontaux, et l'apophyse *christa galli*, comprimaient le lobe antérieur et une partie des hémisphères cérébraux, déplaçaient le nerf optique d'un côté, et cependant aucune lésion de fonction n'avait, pendant la vie, annoncé ces graves désordres.

Section de Pharmacie. — *Séance du* 18 *juin.* — *Quinine.* — M. Caventou fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Guerette, pharmacien principal des armées, à Toulouse, relatif au sulfate de quinine obtenu des résidus d'écorce de quinquina épuisés par des décoctions.

Note *sur une nouvelle manière d'extraire la Thridace;* par M. Roman.

Abonné de la Revue Médicale, j'ai lu avec plaisir les observations de M. François sur l'emploi de l'extrait de laitue, à qui on a donné le nom de thridace. On ne peut refuser à cette nouvelle substance des vertus éminemment calmantes et sédatives, qui doivent la faire préférer à toutes les préparations opiacées et même à la morphine.

Mais une semblable découverte ne pourrait pas rendre de grands services à l'humanité, si l'on était réduit à se pro-

curer la thridace par la simple incision de la laitue en floraison. Elle serait si rare et d'un prix si exorbitant qu'il serait impossible d'en fournir toutes nos officines et de soulager les maux de toutes les classes. J'ai suivi le procédé indiqué par M. François ; j'ai fait des incisions à plus de cent tiges de laitues, et je n'ai pu obtenir deux grammes, ou demi-gros de thridace desséchée à la chaleur solaire. Il importait donc de trouver un procédé au moyen duquel on pût retirer une plus grande quantité de cette substance, qui peut un jour jouer un très-grand rôle dans l'art de guérir.

Voici le mode de préparation que j'ai suivi : j'ai pris trente livres de laitues en floraison ; j'ai dépouillé toutes les tiges de leurs feuilles et de leurs sommités. Après avoir été coupées par morceaux, elles ont été contusées dans un mortier de marbre, ensuite mises en macération pendant six heures dans environ six litres d'eau ; j'ai passé avec expression ; j'ai laissé reposer et fait bouillir pendant quelques minutes, pour séparer la fécule verdâtre qui se forme par l'effet de l'ébullition ; j'ai filtré la liqueur et fait évaporer jusqu'à consistance convenable.

De cette quantité de laitues j'ai retiré 176 grammes (six onces) d'extrait brun rougeâtre, d'un aspect résineux, attirant l'humidité de l'air, et d'un goût analogue à celui de l'extrait d'opium. Ses propriétés ont été les mêmes que celles de la thridace de M. François. Administré aux mêmes doses, il produit parfaitement les mêmes résultats.

V°. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

RECHERCHES *anatomico-pathologiques sur la méningite aiguë des enfans et ses complications* (hydrocéphale aiguë des auteurs); par L. SENN, de Genève, interne des hôpitaux de Paris (1).

Jusque vers la fin du dix-huitième siècle, on regardait la maladie connue sous le nom d'*hydrocéphale aiguë des enfans*, comme toujours dépendante d'un épanchement de sérosité dans les cavités du cerveau. Quine est un des premiers qui ait jeté quelques lumières sur la nature de cette affection, en cherchant à prouver qu'elle ne dépend pas toujours d'une accumulation de sang dans les vaisseaux du cerveau, qui quelquefois s'élève jusqu'à un certain degré d'inflammation; ce qui produit souvent, dit-il, mais non pas toujours, un épanchement d'eau avant la mort.

En 1817, M. Coindet, de Genève, soutint à-peu-près la même opinion dans un excellent mémoire sur cette maladie, dans lequel il chercha à prouver, par des faits, que l'épanchement n'est souvent que la suite de l'encéphalite. Un an après, Abercombrie fut conduit, par un certain nombre d'observations exactes sur l'hydrocéphale, à conclure que dans certains cas l'inflammation du cerveau était la maladie principale, et que l'épanchement séreux exerçait peu d'influence sur la marche.

Tous les auteurs avaient négligé de parler des inflammation des méninges, qui est cependant ici la cause organique des phénomènes; mais depuis quelques années les symptômes de l'encéphale avaient été rattachés à leur véritable cause dans plusieurs ouvrages, entre autres dans les dissertations de MM. Deslandes, Mitivié, Thibaud, etc., et surtout dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet.

C'est un but à-peu-près semblable que s'est proposé M. Senn, en publiant l'ouvrage que nous annonçons. Ce travail contient quatorze observations exactes et bien rédigées, recueillies à l'hôpital des Enfans, sous les yeux de M. le docteur Guersent, médecin de cet établissement. L'auteur décrit successivement et d'une manière succincte, les symptômes de la méningite aiguë des enfans, ses complications les plus fréquentes, les lésions cadavériques qui l'ac-

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1825 : prix, 3 fr., chez Gabon et Cie.

compagnent, son diagnostic, ses causes, son pronostic et son traitement. L'espace nous empêche de suivre M. Senn dans ces différens articles; son travail est fait dans un bon esprit et écrit d'une manière claire et correcte; il mérite d'être lu par les médecins qui veulent être au courant de la pathologie du cerveau. Cet ouvrage, joint à tous ceux que nous possédons sur le même sujet, prouve d'une manière évidente 1°. que tous les symptômes de la maladie connue sous le nom d'*hydrocéphale aiguë des enfans*, est une inflammation aiguë des méninges, avec ou sans complication d'encéphalite; 2°. que cette inflammation peut exister avec ou sans épanchement de sérosité dans les cavités du cerveau, sans que la maladie présente des symptômes différens; 3°. de plus, M. Senn annonce qu'il a trouvé un signe propre à faire reconnaître les cas où l'hydrocéphale aiguë des enfans est accompagnée de l'inflammation des parties moyennes qui se trouvent entre les deux hémisphères du cerveau, telles que le corps calleux, le *septum lucidum* et la voûte à trois piliers. Dans ce cas « les malades joignent à un grand accablement une augmentation de sensibilité dans les tégumens du tronc. Ils ne peuvent, sans se plaindre, supporter la moindre pression; souvent même la douleur produite par le simple contact est telle, que, si l'on se contente d'explorer l'abdomen, on est tenté de croire à une inflammation très-vive du péritoine ou des viscères qu'il recouvre. » Nous laissons au temps et à l'expérience des médecins à prononcer sur la valeur de ce signe.

(J. B.)

TRAITÉ *Anatomico-Pathologique des Fièvres intermittentes, simples et pernicieuses, fondé sur des observations cliniques, sur des faits de physiologie et de pathologie comparées, sur des autopsies cadavériques et sur des recherches statistiques*, recueillis en Italie, et principalement à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome, pendant les années 1820, 1821 et 1822; par E. M. BAILLY, de Blois, docteur en Médecine de la Faculté de Paris, etc. (1)

Les fièvres intermittentes sont du nombre des maladies qui ont presque entièrement échappé aux travaux tentés

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1825, chez Gabon et Cie. Prix, 9 fr.

pour l'avancement de la médecine, dans le nouvel esprit de recherche qui anime l'École de Paris. Elles n'ont été soumises qu'à un examen superficiel, suffisant seulement pour montrer qu'elles ne pouvaient être ralliées à aucune des doctrines générales actuelles. Les efforts opérés pour les faire entrer dans nos classifications théoriques, n'ont fait que prouver l'imperfection des principes qui y présidaient. Il était évident, d'ailleurs, que nous manquions de faits suffisamment bien décrits, et surtout de faits d'anatomie pathologique. Il est peu de contrées en France où les fièvres intermittentes soient endémiques; encore ne s'y présentent-elles en général que sous un petit nombre des formes variées qu'elles peuvent revêtir. A Paris, particulièrement, elles s'offrent très-rarement avec des symptômes pernicieux. C'était donc en Italie, et à Rome surtout, qu'il fallait aller chercher les matériaux du travail. L'auteur du Traité que nous annonçons s'est imposé cette tâche; instruit dans les principes de notre Ecole, il a dû se servir de sa méthode d'observation. Aussi cet ouvrage contient-il un grand nombre de faits pathologiques nouveaux et de recherches cadavériques. Ce seul avantage suffirait pour lui donner une importance supérieure à celle de tous les traités modernes sur le même sujet. M. le docteur Bailly n'a d'ailleurs évité aucune des difficultés de la question; en un mot, il livre au public un Traité complet théorique et pratique sur la matière. Nous examinerons plus tard, dans un article étendu, la valeur des opinions qu'il a émises sur les causes et le traitement de ces maladies.

(B. Z.)

Élémens de Botanique, *ou Histoire des Plantes, considérées sous le rapport de leurs propriétés médicales, et de leurs usages dans le monde domestique et les arts industriels;* par MM. Brière et Pothier (de Rouen) (1).

Rien n'est plus utile que les ouvrages élémentaires, lorsqu'ils contiennent les bases et les principes généraux de la science dont ils traitent, exposés d'une manière simple et

---

(1) Un vol. in-12. Paris, 1825 : prix, 3 fr. 50 c., chez Méquignon père, et Gabon et Compagnie.

méthodique, et dans un style clair et correct: or, il nous a paru que c'était là un des mérites de l'ouvrage de MM. Brière et Pothier. Il est divisé en trois parties : la première embrasse la physiologie et l'anatomie végétales ; la deuxième traite des méthodes ; et la troisième, des familles naturelles. Ces parties ne se prêtent point à l'analyse. Ces élémens se distinguent principalement des ouvrages du même genre, publiés sur la botanique, en ce qu'ils contiennent l'indication des plantes employées en médecine, dans l'économie domestique ou dans les arts ; et en ce qu'ils sont entièrement exempts de ce néologisme, si commun en botanique, qui rend l'étude de cette science si fastidieuse pour les commençans.

(J.-B.)

Sur *la Duodénite chronique*, par Casimir Broussais. (1)

C'est un service rendu à la science que de décrire une maladie dont la plupart des auteurs avaient méconnu l'existence en la rapportant à des altérations variées du foie, et notamment à son inflammation chronique. Pendant long-temps l'inflammation de la muqueuse du duodénum, comme celle de plusieurs autres régions du canal alimentaire, avait été regardée par la plupart des praticiens, et même par ceux qui s'occupaient d'anatomie pathologique, comme appartenant à l'état normal de cette membrane ; mais aujourd'hui que cette question de l'état sain de la muqueuse du tube digestif est presque complètement résolue, honneur qui appartient en grande partie à l'Athénée de Médecine, qui a fixé d'une manière toute spéciale l'attention sur cette importante matière, il n'est plus permis de poser en doute, si tel ou tel état anatomique résulte ou non, d'une phlegmasie préalable.

M. Casimir revendique, avec juste raison, en faveur de M. Broussais, l'honneur d'avoir fait connaître le premier cette forme de la phlegmasie de la muqueuse du duodénum. Il en donne les caractères diagnostiques, et rapporte les phénomènes qui se rallient aux lésions du foie, tel que l'ictère, qui dépend d'une irritation consécutive de ce viscère, par suite de celle qui existe dans le duodénum.

---

(1) Brochure in-8°., 1825. Prix, 2 fr. 25 c., chez Mlle. Delaunay, et chez Gabon et Compagnie.

Le traitement qu'il conseille est tout antiphlogistique ; c'est à l'expérience à démontrer si, dans tous les cas, cette méthode est suivie de succès.

(L. M.)

Exposition *d'un cas remarquable de maladie Cancéreuse avec oblitération de l'aorte, etc.*; par M. A. Velpeau. (1)

Les recueils d'observations contiennent déjà un certain nombre d'histoires d'affections cancéreuses envahissant à la fois un grand nombre d'organes ; mais je crois qu'on a encore rapporté peu de cas aussi curieux que celui que vient de publier M. Velpeau, sous le rapport de la multiplicité des organes où s'étaient développées à la fois des tumeurs cancéreuses. La disposition de celle-ci, leur égal état de crudité dans tous les points, l'absence de travail inflammatoire ou de toute autre lésion appréciable de l'organe autour d'elles, sont autant d'objets dignes de remarque. Voici l'énumération rapide des organes que le cancer avait frappés : les deux poumons contenaient un grand nombre de tumeurs, de volume variable, présentant tous les caractères du tissu squirrheux à l'état de ramollissement, et entourées d'un parenchyme très-sain. D'autres tumeurs semblables existaient entre la plèvre et les côtes : il y en avait aussi quelques-unes dans les ganglions bronchiques. En incisant le cœur, on trouva disséminées dans l'épaisseur de son tissu plusieurs tumeurs carcinomateuses pareilles aux précédentes, et entourées comme elles d'un parenchyme très-sain en apparence. Dans l'intérieur de l'abdomen, on ne trouva pas des lésions moins remarquables : ainsi neuf tumeurs de la même nature que celles contenues dans les organes thoraciques soulevaient la membrane muqueuse de l'estomac, laquelle d'ailleurs était blanche et d'une consistance naturelle ; il y en avait deux autres semblables dans le duodénum. Le foie en offrit plusieurs centaines, dont le volume variait depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à celui d'un grain de chénevi. On en trouva aussi dans le pancréas, qui devient si rarement cancéreux, ainsi que dans

---

(1) Brochure in-8°. Prix, 2 fr.; chez Béchet jeune, et chez Gabon et Compagnie.

l'épaisseur des parois de la vésicule biliaire, dans le rein droit, et dans diverses parties du péritoine, entre les lames du grand épiploon en particulier. Le cerveau n'offrit aucune trace de cancer dans son tissu ; mais à sa surface antérieure, entre sa substance et la dure-mère, apparaissaient plusieurs tumeurs semblables à celles du thorax et de l'abdomen. L'une de ces tumeurs était en contact avec l'os occipital, qui participait à la dégénération cancéreuse. Enfin, de pareilles tumeurs furent encore trouvées en grande quantité dans la glande thyroïde, au dessous de la peau et dans l'épaisseur des muscles de la cuisse droite.

Quels symptômes annoncèrent pendant la vie cette remarquable diathèse cancéreuse? Tous ces cancers furent véritablement latens. En effet, sauf une toux fatigante et de l'oppression qui annonçaient une affection du poumon, on n'observa aucun symptôme local pour les cancers de l'estomac, du foie et autres organes. Chose plus remarquable encore! La malade, âgée de trente-six ans, n'avait point offert cette teinte jaune-paille qui existe ordinairement chez les individus cancéreux. Elle mourut dans un état d'embonpoint encore assez considérable ; elle semble d'ailleurs avoir succombé moins au progrès de l'affection cancéreuse, qu'à un érysipèle phlegmoneux, dont un des membres abdominaux devint le siége. Long-temps avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait été atteinte d'une tumeur cancéreuse au bras, qui avait été enlevée par l'opération.

Si, sur le cadavre, les organes au sein desquels ont été trouvés ces nombreux cancers, n'ont offert aucune trace d'inflammation ; si pendant la vie, à aucune époque, assure l'auteur, la plupart de ces mêmes organes n'ont révélé par aucun symptôme qu'ils eussent été le siége d'une inflammation ; ne sont-ce pas là de fortes raisons pour penser que, chez l'individu dont M. Velpeau a retracé l'histoire, des cancers se sont développés dans presque tous les organes sans inflammation antécédente? On peut répondre, à la vérité, qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas, l'inflammation a été latente, et que si après la mort on n'en a pas trouvé de trace, c'est qu'elle avait disparu depuis un temps plus ou moins long, ne laissant dans l'organe d'autre vestige de son existence que le tissu accidentel lui-même. Ainsi, on a vu quelquefois des abcès se former sous la peau en très-grand nombre, sans qu'aucun symptôme d'inflammation les annonçât ; d'autre part, on a quelquefois trouvé au sein des organes des abcès en kystes, autour desquels le parenchyme de l'organe était très-sain. Cependant, dans ces deux cas,

la présence du pus ne permettait pas de révoquer en doute l'existence d'une phlegmasie antécédente. Pourquoi n'admettrait-on pas pour les cancers ce que l'on ne se refuse pas à admettre pour le pus réuni en foyer? On pourrait dire aussi que chez les individus prédisposés à la formation des cancers, l'irritation la plus légère, une simple congestion sanguine suffit pour produire ces cancers; et l'on conçoit dès-lors combien facilement les signes de cette irritation ou congestion peuvent échapper, combien facilement leurs traces peuvent disparaître après la mort. Du reste, ce n'est point en quelques lignes que l'on peut résoudre une aussi importante question que celle de l'étiologie des tissus accidentels en général, et du cancer en particulier. Une grande partie du Mémoire de M. Velpeau est consacrée à discuter cette étiologie; il n'hésite point à admettre que dans le cas qu'il vient de rapporter, le cancer ne saurait point être regardé comme le résultat d'une inflammation. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on adopte à cet égard, et de quelque manière que l'on interprète le fait rapporté par M. Velpeau, ce fait en lui-même n'en devra pas moins être considéré comme un des plus intéressans qui aient été jusqu'à présent déposés dans les annales de la science.

(A.)

REVUE MÉDICALE.

I°. MÉMOIRES ET CLINIQUE DES HOPITAUX.

MÉMOIRE

Sur les Boutons de la Variole, précédé de quelques considérations sur les pores cutanés;

Par M. L. Deslandes.

Conduit, par d'autres recherches, à faire un examen attentif des boutons de variole, je les ai étudiés depuis plusieurs années avec le plus grand soin; j'en ai analysé, disséqué un nombre considérable, toujours sur le vivant; car ce n'est que sur lui qu'on peut les étudier avec fruit. J'étais arrivé par ces recherches à plusieurs résultats intéressans, que je me proposais de consigner dans un travail assez considérable, dont je m'occupe depuis long-temps; mais ayant appris par les journaux que plusieurs praticiens avaient fait aussi des boutons de variole un objet spécial de leurs études, je me suis déterminé à rendre publiques quelques-unes des remarques que j'ai faites sur ce point de pathologie, me proposant de publier plus tard les nombreuses inductions qui en découlent.

Un fait important, fertile en conséquences, et dont les auteurs n'ont point parlé, est que chaque bouton de variole a pour base l'orifice d'un pore, et résulte de l'inflammation d'un de ces conduits si nombreux, si petits, qui s'ouvrent à la peau et qui sont les agens de l'exhalation et de l'absorption dont cette membrane est le siége. L'im-

portance de ce fait veut qu'il soit démontré clairement, d'une manière incontestable, ce qui nécessite quelques détails préliminaires sur les pores, les pertuis, les méats de notre enveloppe extérieure.

Les auteurs sont loin de s'accorder sur les espèces, les fonctions et la manière d'être de ces divers pertuis. Cependant on s'accorde assez généralement à en admettre trois espèces. Les uns correspondent à de petites lacunes, à de petits culs-de-sac, qu'on appelle *follicules*, et dont les fonctions seraient de fournir une humeur épaisse, onctueuse, d'ailleurs assez mal connue, et destinée à oindre, assouplir et protéger la peau. On ne pouvait méconnaître les ouvertures qui donnent passage aux poils : elles forment la deuxième espèce. Enfin beaucoup de physiologistes ont ajouté une troisième classe de pores, qui seraient les embouchures des vaisseaux exhalans et absorbans, pores qui exerceraient sans partage les fonctions d'exhaler et d'absorber, et qui seraient les seules voies par lesquelles les matières extérieures, mises en contact avec la surface du corps, pénétreraient en dedans, et par lesquelles l'humeur de la transpiration serait rejetée au-dehors.

Ces idées sur le nombre et les fonctions des pores cutanés ne résultent pas toutes également de l'observation exacte des faits. La continuité des vaisseaux exhalans ou absorbans jusqu'à la surface de la peau, n'a été admise que par induction : personne n'a vu ces vaisseaux venir s'ouvrir à cette surface ; il n'est pas non plus démontré que toutes les ouvertures poreuses, qu'on remarque à la peau, et elles sont en grand nombre, et on peut les y voir dans toute son étendue, sinon dans l'état de santé, au moins dans celui de maladie ; il n'est

pas démontré, dis-je, que toutes ces ouvertures répondent à des follicules. Quant à l'idée qu'on a de donner aux follicules visibles des fonctions spéciales, de les considérer comme étrangers à la sécrétion de la sueur, il n'en est pas qui accuse davantage la légèreté avec laquelle on observe les faits. J'ai vu cent fois la sueur sourdre de la manière la plus évidente des ouvertures folliculaires; et ce fait est si facile à constater, que je suis tout étonné de ne point le trouver mentionné dans les auteurs. Quant à la matière dite sébacée, est-elle bien un produit immédiat des follicules? Ne serait-elle pas le résidu de l'évaporation de la sueur, son marc enfin? Une quantité prodigieuse de ce liquide est continuellement versée à la surface du corps, s'y évapore sans cesse; cette humeur aurait-elle, comme l'eau pure, l'alcool, l'éther, le privilége de s'enfuir en vapeur sans laisser de résidu? Et si ce résidu, comme on ne peut se refuser de l'admettre, existe, où est-il? Pour répondre à cette question, je ferai remarquer que c'est chez les individus qui suent facilement et beaucoup, que l'humeur grasse et sébacée abonde davantage; qu'on la rencontre plus particulièrement dans les places où la sueur est habituellement exhalée en plus grande abondance; que l'humeur sébacée s'amasse surtout dans les endroits les moins exposés aux frottemens des corps extérieurs, sous les seins, dans les aisselles, les aines, les poils, les cheveux, entre les orteils, dans le creux du nombril, etc., qu'on la retrouve enfin dans les lieux même où le résidu de la sueur doit s'amasser plus facilement. S'il arrive si souvent qu'on peut faire sortir la matière sébacée des follicules les plus larges sous l'aspect d'un vermiceau, c'est que dans ces culs-de-sac l'évaporation de la sueur

peut s'opérer comme à la surface de la peau, et que l'accumulation de son résidu doit se faire avec moins d'entraves. Est-il bien vrai aussi que les poils n'ont pas de fonctions, ou bien que ceux-là seuls en auraient, qui, par leur longueur, doivent protéger quelque partie? On peut remarquer des poils sur toute la surface du corps; et en plaçant la peau horizontalement entre l'œil et la lumière, il est facile d'en voir, qui sont quelquefois d'une finesse excessive, sortir de la plupart des pores qu'on peut découvrir. Quant à ceux de ces pores qui n'en présentent pas, on peut raisonnablement croire que les poils ont été usés jusqu'au niveau de leur orifice, et on le peut d'autant plus, que souvent l'enfant qui vient de naître est couvert d'un duvet très-fin, qui disparaît bientôt, par suite sans doute, du frottement extérieur. Chaque pore serait-il garni d'un poil? Ce poil aurait-il pour destination de servir de conducteur aux humeurs dont l'économie veut se débarrasser par la peau? Je l'avouerai, j'en suis presque convaincu; mais je sens qu'il faudrait une meilleure raison pour en convaincre les autres.

Une remarque importante, et sur la vérité de laquelle on s'accorde assez généralement, c'est que l'épiderme se reploie, pénètre en s'amincissant dans les follicules sébacés. C'est à cette disposition qu'il faut attribuer ces tractus qu'on observe en levant les vésicatoires, tractus que Cruikshank et Seiler ont rapportés à leur véritable cause; que Kaau, W. Hunter regardaient comme des vaisseaux de la sueur; qui, pour Bichat et M. Chaussier, sont des vaisseaux exhalans et absorbans, et que Béclard, en contradiction avec lui-même, après avoir reconnu la pénétration de l'épiderme dans les follicules, était disposé à ne considérer que comme des tractus

muqueux formés par la substance intermédiaire au derme et à l'épiderme, rendue fluide et visqueuse par un commencement de décomposition. Le reploiement de l'épiderme n'a été admis par les auteurs que pour les follicules sébacés ou pileux ; mais je pense qu'il est commun à tous les méats de la peau, quels que soient leurs aboutissans, que ceux-ci soient connus ou inconnus ; ou en d'autres termes, qu'il y a continuité entre la face interne de tous les pores indistinctement et la surface externe de la peau ; que cette membrane se prolonge dans chacun d'eux ; à-peu-près comme la muqueuse palpébrale pénètre dans les points lacrymaux, de sorte qu'on pourrait considérer les pores cutanés comme constamment ouverts, si l'on ne supposait la juxta-position de leurs parois quand aucune substance ne les traverse.

Dans l'état de santé cette disposition n'est remarquable que pour les pores les plus larges, et c'est sans doute pour cette raison qu'il n'en a été question que pour les follicules. Mais dans l'état de maladie, lorsqu'il y a tuméfaction de la superficie du derme, on peut la reconnaître sur toute la peau, partout où on peut découvrir des pores, et elle sert à en faire reconnaître là où on n'en voyait pas, ou à rendre plus apparens, très-apparens même, ceux qu'on pouvait déjà distinguer dans l'état sain. Dans ces tuméfactions superficielles, chacun des prolongemens que la peau s'envoie à elle-même, et que j'ai décrits, agissent comme autant de brides qui la retiennent, et sont un obstacle à son développement dans le lieu auquel ils correspondent. Si la tuméfaction est très-légère, elle sert seulement à rendre un peu plus évidens les pertuis de la peau ; mais si elle est plus considérable, il se forme à la surface de celle-ci

autant de dépressions, de godets, qu'il y a de prolongemens, de conduits qui l'empêchent de se développer. Ces petites dépressions sont souvent rangées dans un ordre régulier, et toujours dans l'ordre que les pores affectent les uns à l'égard des autres; ce qui donne assez exactement à la peau l'aspect de ces tissus qu'on appelle *piqués*. On peut faire ces remarques dans certains œdèmes où la peau prend part à l'infiltration, dans beaucoup d'érésypèles, à la suite des brûlures au premier ou au deuxième degré, après l'application des ventouses, ou bien lorsqu'on lève un vésicatoire avant qu'il ait eu le temps de déterminer une phlyctène. Il est tellement vrai que toutes ces petites dépressions tiennent à l'enfoncement de l'épiderme dans les pores de la peau, que si l'on vient à rompre ces prolongemens, toutes les dépressions disparaissent à l'instant; aussi ne les observe-t-on jamais sur les phlyctènes bien formées. Mais voyez ces couches comme couenneuses qui résultent si souvent des brûlures ou de l'application des cantharides, couches qui ne sont point, comme on le répète toujours, de fausses membranes, le résultat de la coagulation de fluides albumineux, mais qui résultent de la distension par ces fluides des vaisseaux superficiels de la peau; voyez, dis-je, ces couches, elles sont parsemées d'enfoncemens qui leur donnent l'apparence de ces tissus dont je parlais tout-à-l'heure; mais qu'on détruise les prolongemens, les canaux qui se rendent de leur surface à l'intérieur du derme; qu'on sépare enfin cette couche couenneuse de ce tissu, aussitôt toutes les dépressions disparaissent, la surface de la prétendue fausse membrane redevient unie, les brides qui tiraillaient cette surface n'existent plus.

Je ne doute point que ce soit à cette pénétration de l'épiderme dans les pores cutanés qu'il faille rapporter les principaux moyens d'adhérence de cette membrane avec le derme, et la chose est facile à concevoir. On peut, en effet, aisément s'assurer que dans les intervalles des pores l'épiderme est peu adhérent au tissu sous-jacent. Qu'on presse cette membrane, on verra toujours des rides se former dans les interstices des pores, et ces rides aboutir constamment à chacun d'eux, quelle que soit la direction qu'on leur ait donnée. Ces petits sillons qui recouvrent la peau dans certains endroits, et y décrivent une foule de figures rectilignes, résultent du froncement habituel de la peau dans les mouvemens ordinaires : tous se rendent, comme à des centres communs, à chacun des pores cutanés, et paraissent s'y entrecroiser. Cette circonstance facilite singulièrement la recherche des pores, qu'on est presque constamment sûr de trouver aux points d'entrecroisement apparent des sillons épidermoïques. Ce moyen d'adhérence de l'épiderme au derme étant connu, doit-on s'étonner que dans les desquammations il tombe en écaille ? ne doit-il pas, en effet, se rompre de préférence au niveau des pertuis si multipliés où il plonge ?

Mais arrivons aux boutons de la variole. L'espèce de turgescence dont la peau est le siége dans la période d'incubation de cette maladie, dispose singulièrement, et par les raisons que j'ai émises plus haut, les pores cutanés à paraître sur cette membrane. Qu'ils soient évidens par cette cause ou par une disposition naturelle, on peut souvent, par une observation attentive et suivie, surtout sur le visage et les avant-bras, voir chaque pustule variolique s'asseoir sur un de ces ori-

fices. Cependant il faut noter que, même dans les éruptions les plus abondantes, le plus grand nombre des pores cutanés leurs restent étrangers, et que ceux qui s'affectent sont toujours, à l'égard des autres, en grande minorité. On voit d'abord paraître autour du pore une petite rougeur, souvent assez mal circonscrite. Il n'arrive pas toujours que le pore en occupe exactement le point le plus central, mais à mesure que la pustule grossit, on la voit s'arrondir autour du méat, de sorte que celui-ci finit le plus souvent par être situé à son centre. Ceci n'est applicable qu'aux pustules discrètes; car sur ces pustules confluentes qui résultent de l'affection simultanée de plusieurs pores dont les fluxions se confondent, ces pertuis, quand ils sont apparens, sont parsemés irrégulièrement sur les pustules, sans en occuper plutôt le centre que tout autre point.

Cette dépression centrale, dont tous les auteurs ont parlé, et qui est, selon eux, le caractère pathognomonique de la variole, répond constamment à l'embouchure du conduit malade. Sur les pustules discrètes elle en occupe assez exactement le centre; mais sur ces plaques, comme couenneuses, qui résultent de la confluence des boutons, et qu'on observe si souvent au visage, il y a autant de dépressions qu'il y a de pores affectés: mais ces dépressions disparaissent bientôt en partie, parce que ce genre de pustules gagne plutôt en profondeur qu'en saillie. Après ce que j'ai dit précédemment, ai-je besoin de donner la théorie de la formation de ces dépressions, de dire que chacune d'elles résulte de l'obstacle que met au développement de la peau le conduit excréteur qui est au centre de la pustule? L'état d'inflammation, de tension, dans lequel

il est, n'entraîne pas même toujours son oblitération; j'ai vu l'humeur sébacée sortir encore par le godet d'une pustule, le second jour de l'éruption. Dans les endroits où l'épiderme est très-épais, où la peau est très-dense, où le tissu cellulaire qui l'unit aux parties sous-jacentes est très-serré, comme sur le lobe du nez, aux faces palmaires des mains, et plantaires des pieds, etc., les dépressions sont ordinairement peu prononcées, et souvent manquent tout-à-fait. La chose est facile à concevoir : ces parties ne se tuméfient qu'en masse, et les petits prolongemens qui, en bridant la peau, font goder le centre du bouton, manquent de force pour produire un pareil effet dans ces endroits.

Il arrive quelquefois que l'épiderme qui recouvre un groupe de pustules est soulevé par de la sérosité et forme une véritable phlyctène dans laquelle se trouvent renfermées les pustules. Qu'on les dépouille de cette enveloppe, on verra qu'elles se touchent sans se confondre, et se présentent sous l'aspect de petites escarres blanches, convexes et lenticulaires, qu'il est facile de détacher de la peau en les piquant et en les soulevant avec la pointe d'un bistouri. Après les avoir ainsi détachées, qu'on les retourne, on verra qu'elles sont canaliculées dans leur centre, dans l'endroit qui correspondait à la dépression, au conduit excréteur autour duquel la pustule s'était développée. Les croûtes varioliques, qui ne sont autre chose que des escarres desséchées, sont aussi très-souvent perforées dans leur centre, et il suffit, pour s'en assurer, de les placer entre l'œil et la lumière.

Pour acquérir la conviction qu'une bride existe dans chaque bouton et correspond à la dépression cen-

trale, il suffit de le soulever, même sans le déchirer, avec la pointe d'une épingle, lorsqu'il commence à se remplir de pus. Souvent aussi il m'est arrivé de découper avec la pointe d'une lancette ou des ciseaux très-fins, une pustule à sa circonférence, et de m'assurer de la sorte de l'existence de la bride centrale. Qu'on vide une pustule déjà remplie de pus, cette bride cessant d'être dans un état de tension aussi grand, le godet, qui quelquefois s'était déjà dissipé, reparaît de nouveau. Ainsi donc, on peut considérer comme prouvé, ce point important, que la dépression des pustules varioliques résulte d'une bride qui s'oppose à ce qu'elles se développent également, et que cette bride est un des conduits excréteurs de la peau. J'en dirai autant de toutes les pustules qui ont une dépression à leur centre, comme celles de la vaccine, comme celles aussi qui résultent des frictions faites avec la pommade stibiée, comme celles encore qui se développent quelquefois, quoi qu'on en ait dit, dans la varicelle, ou comme il s'en développe souvent d'une manière anomale à la peau. Quant aux boutons de rougeole, leur peu de saillie s'oppose à ce qu'on puisse s'assurer s'il existe une dépression à leur centre; mais on peut voir, lorsqu'ils continuent à faire saillie, après avoir perdu leur couleur rouge, qu'ils peuvent naître ailleurs que sur les pertuis poreux de la peau.

On ne trouve nulle part une idée bien exacte, bien précise, de ce qui se passe dans la suppuration des boutons de variole, et cependant rien n'a lieu alors que ce qu'on observe dans les autres inflammations. Ceci tient à ce que la manière dont le pus se comporte après sa formation, n'est en général qu'imparfaitement connue; ce qui m'engage à la rappeler en peu de mots.

Quelle que soit l'idée qu'on se fasse de l'inflammation, on ne peut se refuser d'admettre que le sang est en plus grande abondance dans la partie enflammée, et que tôt ou tard il s'y forme un liquide blanc, plus ou moins séreux, plus ou moins épais, qu'on appelle pus. Or que devient ce pus?

Si la partie enflammée est une surface, et surtout une surface résultant de l'entamure d'un tissu, le pus s'épanche à fur et mesure qu'il se forme, et la partie reste rouge.

Si le tissu affecté ne se trouve pas dans le cas précédent, il arrive de deux choses l'une: ou le pus rompt les vaisseaux dans lesquels il a pris naissance, s'épanche et se réunit en foyer, d'où résulte un abcès; ou bien cette humeur prend de vaisseau en vaisseau, et sans les rompre, la place du sang; alors le tissu malade, quelle qu'ait été sa couleur primitive, reçoit de nouveaux caractères de la présence du liquide dont il est en quelque sorte injecté. Si ce liquide est très-séreux, le tissu devient blanc, diaphane, comme gélatineux. C'est ce qu'on observe souvent à la suite des brûlures ou de l'application des rubéfians. Si le liquide est épais, opaque, si c'est un pus louable, la partie devient d'un blanc mat, laiteux; c'est ce qu'on observe souvent à la surface des plaies, des ulcères en suppuration, dans les anthrax; c'est ce que j'ai vu dans toutes les parties du corps, et qu'on a pris plus d'une fois pour de la matière encéphaloïde infiltrée. Si le pus abonde dans le tissu affecté, celui-ci est mollasse, spongieux, et on peut par la pression le réduire à un petit volume, en en faisant suinter le liquide qui le tuméfie. Si, au

contraire, la nature a été parcimonieuse du pus, la partie qu'il colore est peu volumineuse et presque sèche. Les tissus arrivés à ces différens états sont encore susceptibles de résolution; alors le pus est absorbé, le sang reprend sa place, et le tissu ses caractères primitifs. Mais si la gangrène, la mort locale vient à le frapper dans l'état d'infiltration purulente, il en résulte des escarres blanches, *purulentes*, plus ou moins molles, qui se détachent comme les autres escarres. On trouvera des détails sur toutes ces particularités dans mon Mémoire sur les désorganisations qui succèdent à l'inflammation sanguine dans les divers tissus. (*Revue Médicale*, juillet 1824.)

Pareilles choses ont lieu dans les boutons de variole. Un liquide séreux, qui devient plus épais ensuite, remplit d'abord les vaisseaux dilatés de la pustule. Alors, ou bien le pus s'épanche, et il en résulte un petit abcès, une pustule *abcédée*; ou bien l'infiltration persiste, s'étend, et il en résulte des pustules *infiltrées*. Les parois des pustules *abcédées* sont presque toujours plus ou moins infiltrées, ce qui leur donne un aspect blanchâtre et comme lanugineux. On peut, en perforant les pustules, les vider complètement. Elles sont, en général, plus discrètes et plus volumineuses que les autres; leur forme, sauf la dépression centrale, qui est plus apparente chez elles, est globuleuse et arrondie. On les observe plus particulièrement sur les membres, et toujours elles sont le signe d'une variole bénigne. Les pustules abcédées sont presque constamment superficielles, de sorte que lorsqu'on applique un vésicatoire sur un point de la peau qui les présente, elles restent presque toujours attachées

à l'épiderme, et le plus souvent, après l'enlèvement de la phlyctène, il ne reste rien, ou seulement une petite tache blanche sur le derme dénudé.

Les pustules *infiltrées* prennent de préférence leur siége au visage. Elles s'étendent plus profondément, et cependant sont moins saillantes que les autres. Ce sont elles qui forment ces plaques grisâtres, irrégulières, comme couenneuses, qu'on observe à la face dans les varioles confluentes. Elles ont beaucoup plus de tendance que les autres à se confondre entre elles, et cependant elles sont susceptibles de rester discrètes, arrondies. On a beau les piquer, les couvrir de mouchetures, on ne peut les vider complètement. Si on les déchire, on les trouve gorgées d'une sérosité plus ou moins épaisse, et on peut, par des pressions répétées, les réduire à un petit volume. Si on pose un vésicatoire, l'épiderme enlevé, elles restent adhérentes au derme, dont elles font partie. Elles sont susceptibles de résolution; le pus qu'elles contiennent peut être résorbé, alors il y a une simple desquammation, et tout rentre dans l'ordre primitif. Mais le plus souvent la partie la plus centrale de la pustule est frappée de mort, se dessèche, et il en résulte une croûte, ou plutôt une escarre, qui par sa chute laisse une perte de substance plus ou moins profonde, plus ou moins visible. Les pustules *infiltrées* sont toujours le signe d'une variole grave, plus grave au moins que lorsqu'il n'y a que des pustules *abcédées*. J'ajouterai qu'on observe souvent chez le même individu les deux espèces de pustules, et que souvent aussi il se forme de petits abcès au milieu de masses de pustules *infiltrées*.

De la description précédente on peut voir que dans les varioles confluentes, dans ces varioles où un très-

grand nombre de pustules sont *infiltrées*, une grande étendue de la peau est frappée de gangrène, tombe en escarre. Ce n'est pas cette gangrène noire, cette seule gangrène dont les auteurs ont parlé, mais cette escarrification blanche, purulente, que j'ai le premier décrite. (*Voyez* le Mémoire cité.) Cette mortification de la surface de la peau, dans ces espèces de varioles, est une raison à ajouter à toutes celles que les auteurs ont données de leur gravité. Il ne faut pas croire cependant que la mortification puisse être mesurée sur l'épaisseur de l'escarre. Celle-ci a toujours plus d'étendue que la perte de substance qu'elle laisse; ce qui est facile à concevoir quand on songe que la partie mortifiée avait préalablement été distendue, gonflée par le pus, ce qui lui avait donné beaucoup plus d'étendue en tous sens qu'elle n'en avait dans son état primitif.

Tous les observateurs ont remarqué que les pustules plates et petites sont du plus mauvais augure, ce qu'ils ont attribué à ce que la nature manque alors de force pour en pousser de plus grosses. A cette raison il faut en ajouter une autre. C'est que les pustules varioliques sont toujours, proportionnellement, plus volumineuses quand elles sont superficielles, que lorsqu'elles pénètrent profondément. Ces pustules saillantes, arrondies, qu'on observe communément sur les membres, laissent rarement des marques: il n'en est pas de même pour les boutons plats, les plaques couenneuses qu'on observe si souvent au visage; et la chose est toute simple, car le pus doit bien plus facilement, bien plus efficacement distendre des vaisseaux superficiels, qui rampent à une surface, que des vaisseaux logés profondément, entourés de résistance. Il est facile aussi de comprendre

que lorsqu'une plus grande étendue du derme est compromise, frappée de gangrène, il doit en résulter plus de danger pour le malade.

J'ai déjà dit que dans certaines circonstances il y avait résorption complète du pus, résolution des pustules. Quand cette résorption se fait graduellement à la fin de la maladie, quand celle-ci a régulièrement parcouru ses périodes, quand la pustule devient plus ou moins rouge après que le pus l'a quittée, cette résorption doit toujours être considérée comme un événement heureux. Mais quand la résorbtion se fait tout-à-coup; lorsqu'on voit, avant l'époque ordinairement finale de la maladie, une pustule infiltrée se résoudre tout-à-coup, s'aplatir, disparaître, sans que le sang remplace le pus, alors le danger est très-grand. Mais une remarque de la plus haute importance, c'est que dans toutes les varioles, sans exception, même dans les cas les plus favorables, il y a résorption de la plus grande partie du pus qui infiltre les pustules. On voit à la fin de la maladie les boutons s'aplatir, perdre de leur volume; ceux qui étaient confluens se séparent de nouveau, les intervalles rouges qu'ils avaient laissés entre eux s'élargissent; il s'en forme de nouveaux au centre des plaques grisâtres qui avaient le plus d'étendue; enfin on peut, en quelque sorte, voir le sang reprendre dans les vaisseaux la place du pus; la partie qui se mortifie, qui tombe en escarre, est toujours infiniment moindre que celle qui était infiltrée; de sorte que des varioles qui, par l'épaisseur, la largeur de leurs boutons, paraissent devoir laisser des marques profondes, laissent à peine quelque trace, ou même n'en laissent aucune. Ainsi donc, à la fin des varioles, une quantité considérable d'une matière purú-

lente, contagieuse, entre dans le torrent de la circulation. Qu'y devient-elle? Je n'aborderai pas ici une telle question, qui peut faire pressentir que les Anciens n'étaient pas aussi déraisonnables qu'on l'a dit dans leurs idées de métastase, de dépuration et de crises.

Souvent les boutons de variole prennent une couleur noire, que les auteurs ont toujours notée comme un signe de mauvais présage. Sous ce rapport, les escarres varioliques ne présentent rien qui ne leur soit commun avec les autres escarres purulentes (1). Le contact de l'air paraît être le principal agent de cette mutation de couleur; aussi est-ce surtout dans les endroits où les escarres de la variole sont exposées à un courant d'air chaud et continuel, comme au voisinage de la bouche et du nez, qu'elles brunissent plus tôt. Cette tendance des escarres purulentes à noircir, est en général d'autant plus grande, que la maladie dont elles sont les symptômes est plus grave, que leur cause est plus virulente, enfin qu'il y a plus de putridité, comme disaient les Anciens. C'est pour cette raison qu'on voit les escarres du pharynx noircir si vite dans les angines gangréneuses les plus graves; que les gangrènes blanches qui surviennent à la suite de l'introduction d'un virus, d'un venin, qui résultent d'une cause miasmatique, prennent si promptement une couleur noire et foncée : c'est pourquoi, enfin, les pustules varioliques noires ne sont communément rencontrées que dans les épidémies de variole les plus dangereuses et les plus malignes.

On pense généralement que les boutons de la variole ne commencent à suppurer que le quatrième, le troi-

(1) Voir le Mémoire cité.

sième jour au moins de leur apparition; et c'est en effet à cette époque qu'ils paraissent blanchir. Mais on peut très-facilement s'assurer que cette suppuration commence beaucoup plus tôt, commence, pour ainsi dire, avec le bouton : aussitôt qu'il fait saillie, le jour même de sa naissance, il contient déjà du pus, ou plutôt cette humeur, d'abord limpide, puis un peu plus épaisse, qui constitue le pus des boutons de variole. Pour faire cette remarque, il suffit de décolorer le bouton en tendant la peau dans ses environs; il ne se présente plus alors que sous l'aspect d'un petit tubercule blanc, semi-diaphane, dont par une piqûre on peut faire sortir l'humeur séreuse dont je viens de parler. On peut facilement aussi, par ce procédé, reconnaître lorsque les boutons commencent à saillir, ce que j'ai dit plus haut, qu'ils ont pour base un pore de la peau, et que leur dépression centrale y correspond exactement.

Je ne ferai plus qu'une remarque : elle est relative aux cercles rouges et aréolaires des boutons de la petite-vérole. On a souvent dit que c'était un mauvais signe lorsque cette aréole était pâle, violette ou livide; ce pronostic est en général fondé; mais il faut, pour ne jamais le porter à faux, tenir compte de ce que je vais dire : c'est que, dans toutes les varioles, même dans celles qui suivent le plus régulièrement leurs périodes, qui sont les moins graves, la rougeur perd peu à peu la nuance vermeille qu'elle offrait d'abord, pour en prendre une un peu plus livide : le pronostic ne doit être fâcheux que lorsque cette mutation se fait tout-à-coup, lorsque la lividité est considérable, ou lorsque la peau pâlit en même temps qu'elle prend une nuance livide, et surtout lorsque des changemens de couleur s'accompagnent

d'une diminution considérable dans la tuméfaction de la peau, et de symptômes graves qu'il n'est pas ici de mon objet d'énumérer. La manière dont la couleur se comporte dans ces différens cas sous la pression du doigt, est toujours la même que dans toutes les inflammations. Dans le commencement de la maladie, lorsque la rougeur est vermeille, le doigt, en pressant la peau, produit facilement une tache blanche qui se dissipe rapidement; mais à mesure que la couleur s'éloigne de cette nuance, devient livide, il est plus difficile de décolorer la peau de cette manière, et cette membrane est plus longue à se colorer de nouveau. (*Voir*, à cet égard, le Mémoire déjà cité *sur les Désorganisations.*)

Les conclusions de tout ce qui précède sont:

Qu'il y a continuité de surface entre la peau et les tuyaux excréteurs ou absorbans qui s'y ouvrent, quels que soient leurs aboutissans, que ceux-ci soient connus ou inconnus;

Que le principal moyen d'adhérence de l'épiderme paraît résulter de la continuité de chacun de ses conduits;

Que la matière sébacée pourrait bien n'être que le résidu de l'évaporation de la sueur;

Qu'en tout cas on peut voir cette dernière sourdre des follicules dits sébacés, et que conséquemment elle s'y forme;

Que les petits poils dont chaque pore paraît pourvu, pourraient bien n'être qu'un moyen dont la nature se serait servie pour conduire plus facilement au-dehors la matière de la transpiration;

Que les dépressions qu'on remarque sur la peau, quand elle vient à se tuméfier, résultent des obstacles qu'op-

posent à son développement chacun des petits conduits qui viennent s'ouvrir à sa surface ;

Que c'est aussi à cette cause qu'il faut attribuer la dépression centrale des pustules varioliques ;

Que chaque bouton de variole a pour base un ou plusieurs des conduits excréteurs de la peau ;

Que les pustules varioliques peuvent, eu égard à leur mode de suppuration, être divisées en *infiltrées* et en *abcédées* ;

Qu'il y a escarrification de la peau dans presque tous les boutons de la variole, ce qui doit, lorsque la mortification est profonde, contribuer beaucoup au danger de cette maladie ;

Qu'une des raisons pour lesquelles les pustules plates sont d'un plus mauvais augure, vient de ce que ce sont ordinairement celles qui pénètrent plus avant dans le tissu dermoïde ;

Que dans toutes les varioles, même dans les moins graves, il y a, à la fin de la maladie, résorption d'une quantité considérable de pus ;

Que la couleur noire des escarres varioliques résulte surtout de leur exposition au contact de l'air ;

Que la suppuration des boutons de variole commence presque en même temps qu'eux, le second et même le premier jour de leur formation ;

Qu'enfin, dans l'appréciation des nuances que prennent les aréoles varioliques, il faut tenir compte de cette circonstance ; que dans tous les cas, même dans les plus favorables, ces aréoles perdent toujours de leur nuance vermeille, à mesure que la maladie s'éloigne de l'époque de son invasion.

MÉMOIRE

Sur le Globe antipéristaltique des voies digestives ;

Par M. Trolliet.

Nous désignons sous la dénomination de *globe anti-péristaltique*, la maladie qui fait le sujet de ce Mémoire, parce que ce titre présente le double avantage d'indiquer le symptôme caractéristique, et de faire connaître sa nature.

Deux Variétés. Dans les observations que nous avons recueillies, cette maladie a offert deux variétés, sous le rapport du siége qu'elle occupe. La première variété est le globe antipéristaltique des intestins ; la deuxième est le globe antipéristaltique de l'œsophage. Nous n'avons point vu ces variétés réunies.

Cullen est le seul auteur que nous connaissions, qui ait fait mention de cette maladie. Il n'en a point donné de description particulière ; il l'a confondue avec l'hystérie, à laquelle il dit que l'homme est sujet. Cette opinion paraît lui être particulière, puisque les divers auteurs qui ont traité de l'hystérie la considèrent comme une maladie propre au sexe feminin, ainsi que son nom l'indique, l'utérus étant le point de départ de tous les phénomènes qu'elle présente.

Première Variété. Les hommes dans lesquels nous avons observé le globe antipéristaltique des intestins avaient atteint l'âge adulte avancé, ou la première vieillesse. La pression exercée sur le ventre par des corps durs, répétée chaque jour dans l'exercice de certaines

professions, en a été la cause ordinaire; une mauvaise nourriture et un travail forcé paraissent avoir contribué à la produire.

Dans les premiers temps de la maladie, il n'existait d'autres symptômes que les douleurs abdominales reproduites par le travail, et un trouble dans la digestion; ils indiquaient que l'estomac et les intestins étaient le siége du mal; la fibre nerveuse paraissait seule irritée.

Lorsqu'après un temps plus ou moins long l'irritation s'était portée sur la fibre musculaire, les malades éprouvaient la sensation d'un globe qui paraissait d'abord à la partie inférieure et gauche de l'abdomen, s'élevait en parcourant divers circuits jusqu'à l'estomac, où il se terminait par l'issue d'un plus ou moins grand volume d'air, que le malade rendait par la bouche : alors il était soulagé. Souvent les malades vomissaient un liquide acide et brûlant, ou les alimens, et ils se trouvaient mieux.

Cette boule qui parcourait les intestins de bas en haut, était ordinairement du volume du poing, arrondie et rénittente, sensible à la vue et au toucher. Les malades en arrêtaient la marche par la pression exercée de haut en bas; ils la faisaient même un peu descendre, et apaisaient ainsi la douleur violente qu'ils éprouvaient. Cette douleur était tellement vive, qu'elle faisait pousser des cris et qu'elle obligeait à tenir le ventre courbé.

Le globe antipéristaltique paraissait formé par de l'air que la contraction intestinale intervertie refoulait de bas en haut jusques dans l'estomac; souvent il y en avait plusieurs dans le même temps. Parvenu dans l'estomac, l'air était rendu par le haut, et la crise cessait.

Dans l'intervalle des accès, les malades n'éprouvaient plus aucune douleur; l'abdomen était souple et insensible

à la pression ; ils pouvaient se coucher et se livrer au sommeil.

Le pouls était petit et lent, la respiration facile, la peau pâle et un peu froide, les urines ordinairement naturelles : les selles étaient rares ; lorsqu'elles avaient lieu, et lorsque des gaz étaient rendus par l'extrémité inférieure du tube intestinal, les malades se trouvaient bien.

Les accès, qui se renouvelaient une ou plusieurs fois par jour à des heures variées, plus ordinairement le soir, duraient quelques heures, souvent toute la nuit ; ils existaient pendant plusieurs jours chez un de nos malades. Les alimens, une nouvelle pression ou un travail pénible en provoquaient le retour.

Les alimens de difficile digestion étaient toujours nuisibles ; quelques malades ne pouvaient supporter que le lait seul ou coupé avec de l'eau, les bouillons de riz ou d'herbes, et les boissons douces. Le vin a plusieurs fois rappelé les douleurs.

Un de nos malades fut obligé d'abandonner sa profession de tisserand pour éviter les pressions qui renouvelaient son mal. Le travail de la terre, auquel il se livra d'une manière pénible, pour pourvoir à la subsistance de sa famille, fit reparaître les crises.

Le globe antipéristaltique des intestins se reproduisait chaque année par périodes de plusieurs mois, sous l'influence d'un travail indispensable aux personnes d'une classe pauvre qui n'existe que par le produit de ce travail. Vers la fin de chaque période, les accès devenaient moins fréquens et moins douloureux. Le moins âgé de nos malades n'a éprouvé cette maladie que pendant plusieurs mois ; cinq années se sont passées sans qu'elle ait reparu ; il a eu soin, à la vérité, de se reposer et de se

mettre à un régime sévère lorsqu'il éprouvait quelque mal-aise.

Le globe antipéristaltique des intestins est une maladie d'autant plus grave qu'elle reparaît pendant de longues années, qu'elle affaiblit les malades qui ne peuvent se nourrir, et qu'elle affecte une classe qui ne peut se passer des secours d'une profession qui est devenue nuisible.

Jusque-là l'irritation paraît être bornée à la fibre musculaire dont l'action seule est troublée; elle peut s'étendre à d'autres tissus, dans une période avancée de la maladie. Si elle se porte sur les vaisseaux capillaires sanguins, elle devient inflammatoire ; alors on distingue aisément ces deux irritations par l'apparition du globe antipéristaltique et par les signes de l'inflammation, tels que la douleur continuelle dans l'intervalle des accès, susceptible d'être accrue par la pression, et le pouls fébrile. C'est sous cette forme que nous l'avons observée dans Mossu. (IIIe. Observation.)

Si l'irritation que cause la pression répétée sur l'abdomen se porte sur les exhalans nutritifs de l'estomac ou du pylore, elle fait développer le squirrhe, qui, ainsi que les diverses excroissances, est le résultat d'un excès et d'un trouble d'action des exhalans nutritifs. Dans l'Observation d'Estrassia (IVe. Observation), on distinguait les symptômes du squirrhe et les phénomènes du globe antipéristaltique; cette dernière maladie est loin d'être la plus grave.

La première condition pour obtenir la guérison de la maladie que nous venons de signaler, consiste à soustraire les malades à l'influence de la cause qui lui donne naissance. Lorsque nos malades abandonnaient leur travail, et qu'ils n'éprouvaient plus les effets d'une pression

forte sur l'abdomen, leur guérison était plus facile. Le globe reparaissait par l'effet d'une nouvelle pression ou par un exercice violent; celui de nos malades qui avait été obligé de changer de profession, fatigué par un nouveau travail pénible, fut encore obligé de le suspendre.

Une espèce de plastron qui, reposant sur la poitrine, mettrait les viscères à l'abri de toute pression, préviendrait le retour du mal. C'est ainsi que s'en est garanti un malade guéri depuis plusieurs années.

Cette première condition serait insuffisante sans le secours d'un régime très-sévère. Les alimens difficiles à digérer rappellent les accès, ceux surtout qui contiennent beaucoup de fécule et qui exigent une plus grande action des intestins.

Les crêmes de riz, les bouillons d'herbes et le lait seul ou mêlé à de l'eau d'orge ou à de l'eau simple, ont nourri nos malades pendant le traitement, sans produire le retour du globe antipéristaltique. Le vin causait une excitation nuisible.

Ce que nous venons de dire fait penser que les boissons douces et mucilagineuses sont utiles; nous y avons eu recours.

Les causes étant éloignées par les précautions dont nous venons de parler, le mal se reproduit de lui-même si l'on ne détruit l'irritation musculaire. Il est une classe de médicamens qui agissent d'une manière spéciale sur la fibre musculaire, comme calmans; ce sont les antispasmodiques. Toujours nous avons apaisé cette irritation, lorsqu'elle paraissait exister seule, par la valériane en infusion, en extrait ou en poudre, par l'assa-fœtida et par de légères doses de camphre; ces dernières substances ont été ordinairement administrées sous forme de bol,

Nous avons employé avec avantage quelques grains de poudre de quinquina unis à la poudre de valériane, dans l'intention de rétablir doucement les forces digestives. L'infusion de feuilles d'orangers et le petit-lait ont été employés avec succès.

Les purgatifs, loin de rétablir le mouvement péristaltique des intestins, ont augmenté les douleurs d'un malade auquel ils avaient été administrés. Les lavemens émolliens nous ont paru le meilleur moyen de faciliter les selles. Les malades sont mieux lorsqu'on obtient cet effet; souvent nous y avons eu recours.

Deuxième variété. Le globe antipéristaltique de l'œsophage est la seconde variété de la maladie que nous décrivons. Elle est caractérisée par la sensation d'une boule qui se forme à l'épigastre, remonte dans la poitrine où elle cause de la pesanteur, et se termine au cou par un sentiment de strangulation. La respiration est un peu gênée; il n'y a ni douleur ni pesanteur de tête. Les intestins ne paraissent point affectés; il n'existe ni douleur, ni tuméfaction abdominale.

La maladie paraît résider uniquement dans les fibres musculaires de l'estomac et de l'œsophage; l'action des autres tissus n'est point troublée.

Les deux personnes qui nous l'ont présentée avaient été atteintes de rhumatisme. Dans l'une, le rhumatisme avait fait place à des dartres qui se dissipèrent quelque temps avant l'apparition du globe antipéristaltique de l'œsophage. Les accès se manifestaient le soir; ils reparaissaient toutes les fois que le malade avait satisfait son appétit; ils étaient nuls ou légers lorsqu'il se bornait à une petite quantité d'alimens. Les affections morales vives les faisaient aussi reparaître; un régime sévère et

léger, et quelques médicamens antispasmodiques, en ont opéré la guérison.

Chez le second malade, les douleurs rhumatismales existaient lorsque le globe se fit apercevoir; il était reproduit par leur violence, et il se dissipait lorsque les douleurs avaient été apaisées.

Nous avons lieu de penser que cette seconde variété du globe antipéristaltique des voies alimentaires a été confondue avec l'angine de poitrine. Butter et Jurine disent : « Quand la douleur est fixée au creux de l'esto- » mac, il arrive qu'elle remonte quelquefois jusqu'au bas » du cou, où elle cause de la suffocation. » Elle en diffère essentiellement. Dans le globe antipéristaltique, il n'y a point de sternalgie; et sans sternalgie, dit Jurine, il n'y a point d'angine de poitrine....... Les malades, ajoute-t-il, boivent, mangent et fonctionnent dans l'intervalle de leurs accès, comme ils le faisaient auparavant. Or l'un de nos malades n'éprouvait ses accès qu'après avoir mangé. Jurine n'a pas vu de personne atteinte d'angine de poitrine, au-dessous de cinquante ans. Notre malade n'avait que trente-six ans, bien que l'âge ne puisse présenter une différence caractéristique; la marche de la maladie et sa terminaison offrent des différences plus importantes. Dans l'angine, les accès augmentent d'intensité, et la terminaison est ordinairement funeste. Dans la maladie que nous décrivons, les premiers accès furent les plus violens; les suivans diminuèrent successivement, et la guérison s'est opérée. Les opinions si différentes que l'on a émises sur l'angine de poitrine, prouvent qu'elle n'est point encore suffisamment connue.

L'histoire générale que nous venons de tracer du globe antipéristaltique des intestins et de l'œsophage, n'est

que le résultat des observations que nous avons faites sur l'homme. Nous croyons cependant que les femmes y sont sujettes, et nous aurions pu en citer des exemples; mais sa ressemblance avec le globe hystérique nous a engagé à éviter le reproche de les confondre. Nous allons nous borner à indiquer quelques différences essentielles.

Dans l'hystérie, les intestins ne sont affectés que sympathiquement et non d'une manière essentielle; les contractions irrégulières ne se bornent point aux organes digestifs; elles déterminent, lorsque la maladie est portée à un haut degré, des agitations convulsives des membres avec perte de connaissance. Dans les intervalles des accès, les personnes qui en sont atteintes peuvent satisfaire leur appétit.

Les femmes qui nous ont présenté le globe antipéristaltique ne pouvaient supporter les plus légers alimens. Tous les phénomènes de la maladie portée au plus haut degré, étaient bornés aux organes de la digestion, siége des douleurs les plus vives et de la plus grande anxiété. Il n'y avait point de perte de connaissance; une maigreur extrême était la suite de cette maladie, qui existait chaque jour pendant plusieurs mois, accompagnée de violens spasmes de l'estomac.

Ire. Observation.

Jean Bérard, âgé de soixante-quatre ans, charpentier, entra à l'Hôtel-Dieu le 1er septembre 1820. Son corps était maigre et son visage pâle. Il éprouvait par accès la sensation d'une boule mobile qui remontait de la partie inférieure gauche du ventre à l'épigastre, vers l'orifice cardiaque, en faisant divers circuits dans l'abdomen. Il rendait beaucoup de vents par le haut, et il était sou-

lagé. Cette tumeur mobile, qu'il comparait à une tête de chat à raison de son volume, me parut, au toucher, être l'effet de la distension de l'intestin par de l'air, que déplaçait de bas en haut la contraction antipéristaltique. L'issue de l'air par les voies supérieures faisait disparaître le globe simulant l'hystérie.

La maladie existait depuis huit ans et avait augmenté par gradation. Doué d'une bonne constitution, il n'avait eu ni indigestion, ni diarrhée, ni hémorrhoïdes, et il n'avait éprouvé aucune affection morale. Cinq ans avant l'invasion, il avait été malade pendant trois mois, et il s'était bien rétabli.

Pendant les deux premières années, le malade n'éprouvait que des douleurs légères, et sa digestion était laborieuse; ensuite il ressentit le globe mobile et tellement douloureux, qu'il fut obligé d'abandonner son travail, pendant lequel le ventre était souvent comprimé.

Les crises se manifestaient indifféremment le matin et le soir, le jour et la nuit; les alimens et les boissons en provoquaient le retour. Pendant six ans il fut obligé d'abandonner l'usage du vin; lorsqu'il essayait d'en boire un peu, il éprouvait pendant deux jours des contractions tellement douloureuses, qu'il jetait des cris. Les alimens qui le fatiguaient le plus étaient les haricots, les pommes de terre et les fruits. Les bouillons d'herbes lui faisaient mal. Sa nourriture ordinaire était les crêmes de riz et les soupes de maïs. Les viandes étaient supportées, mais il en mangeait rarement. Les chaleurs de l'été rendaient aussi les accès plus fréquens; il les éprouvait moins forts pendant l'hiver; il buvait avec avantage du petit-lait pendant l'été.

Lorsque les accès avaient paru, ils duraient un, deux

et jusqu'à sept jours ; il était alors obligé de se tenir assis sur son lit, ne pouvant rester couché ; il se pressait doucement le ventre, arrêtait le globe et suspendait la douleur.

Lorsqu'il rendait par le haut de l'air brûlant, disait-il, comme le feu, il était soulagé pendant quelques jours. Le vomissement d'une eau acide et brûlante, ainsi que les selles, qui étaient rares, produisaient un calme semblable qui n'était que de quelques jours. Les urines, qu'il rendait fréquemment, en petite quantité, étaient claires. L'épigastre était sans tuméfaction et sans douleur.

La respiration n'était gênée que par les douleurs du ventre. Le pouls était petit, faible, lent, égal et régulier. Le sommeil avait lieu quand il n'existait pas de douleur. La peau, un peu pâle, était habituellement froide et sèche.

Pendant son séjour à l'hôpital, je mis le malade à l'usage de quatre bols d'assa-fœtida chaque jour. Il en éprouva d'heureux effets ; il lui semblait que ce remède faisait descendre les globes, qui étaient quelquefois au nombre de deux et trois, séparés par des intervalles, et la douleur était moins forte, moins brûlante. Il éprouvait de bons effets de la chaleur appliquée sur le ventre, et des lavemens mucilagineux et doucement laxatifs ; la soupe de bouillon et un peu de viande bouillie paraissaient se digérer aisément, prises en petite quantité. Les globes, devenus moins douloureux, quelquefois avec bruit, supportaient la pression, et le malade les faisait descendre avec la main. Ayant voulu essayer de boire un peu de vin, il en fut fatigué pendant plusieurs jours.

Après deux mois de séjour à l'hôpital, les accès de-

vinrent moins douloureux et moins fréquens; il demanda à s'en aller.

IIe. Observation.

Jacques Terrabon, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution lymphatique, avait exercé la profession de tisserand pendant vingt ans. Sa maladie l'ayant obligé de l'abandonner, il était depuis un an cultivateur, et habitait le village de Solignac, dans une vallée du Puy-de-Dôme. Père de quatre enfans, il travaillait jour et nuit pour les nourrir.

Depuis plusieurs années il éprouvait chaque jour, après le travail, des crises douloureuses dans l'abdomen, avec la sensation d'un corps qui remontait dans l'estomac et qui quelquefois redescendait. Légères dans le principe, les crises ne duraient qu'un quart-d'heure, puis une demi-heure, ensuite davantage; elles étaient devenues si fortes, qu'elles l'obligeaient, disait-il, à crier comme un perdu; il ajoutait : oh! c'est un mauvais mal!

Pressé par le besoin de manger souvent, les alimens renouvelaient ses douleurs, et il éprouvait de violentes envies de vomir : après avoir vomi, il était soulagé. Il a souvent mis le doigt au gosier pour provoquer le vomissement.

Exposé au froid et à la pluie en se rendant à l'Hôtel-Dieu, il eut une crise si violente, qu'il perdit connaissance et qu'on le crut mort. Entré à l'hôpital le 31 octobre 1820, il était sans fièvre; les muscles étaient développés, il y avait une pâleur générale. Le malade fut tranquille pendant le jour; le ventre était souple et sans douleur, toutes les fonctions paraissaient conserver

l'ordre naturel. Le lendemain au soir, 1er. novembre, une heure et demie après avoir mangé uue soupe, il fut subitement atteint d'un accès violent, marqué par une douleur vive dans la région hypogastrique, avec constriction forte et la sensation d'un globe qui remontait à l'épigastre, au bas des côtes de la partie gauche de la poitrine. La douleur, qui dura toute la nuit, l'obligea à rester assis sur son lit; elle ne se dissipa que le matin, par une selle qui eut lieu après la chute de la boule.

Des bols de camphre et de nitre furent prescrits : tisane de guimauve, infusions de feuilles d'oranger, soupes légères.

Le 4 novembre, le malade a ressenti pendant la nuit la boule douloureuse remonter successivement aux deux côtés du ventre jusqu'à l'orifice cardiaque. *Prescription* : dix grains de quinquina unis à dix grains de poudre de valériane. Les mêmes accidens se renouvelèrent le soir et se dissipèrent le lendemain matin.

Une légère dose de magnésie administrée le 6 avec la poudre de quinquina, cause quelques évacuations séreuses et rappelle la douleur.

Les jours suivans, le malade éprouve une légère inflammation érysipélateuse autour des paupières de l'œil gauche; pendant sa durée les douleurs abdominales furent légères.

Le malade fut ensuite mis à l'usage de la poudre de valériane unie à la poudre de quinquina, des boissons délayantes et du lait coupé avec l'eau d'orge; il s'était toujours bien trouvé de l'emploi du lait.

Les accès étant devenus moins fréquens et beaucoup moins douloureux, le malade voulut quitter l'hôpital.

Les observations précédentes offrent deux exemples

du globe antipéristaltique dans sa plus grande simplicité, sans être lié à aucune autre maladie. L'affection était bornée aux intestins; il n'en est pas de même des observations qui suivent.

IIIe. Observation.

Mossu, faiseur de chaises, âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, exerçait chaque jour une forte pression sur le ventre en préparant des bois de chaises; après une course pénible qui le fit suer abondamment, il fut atteint d'une pleurésie forte, qui céda aux évacuations sanguines, aux boissons délayantes et au repos absolu.

Lorsque les douleurs abandonnèrent la poitrine, elles se portèrent au ventre et produisirent des accès violens, pendant lesquels le malade éprouvait la sensation d'une boule qui remontait de la partie inférieure de l'abdomen jusqu'à l'épigastre; elles se terminaient par des évacuations, quelquefois par un mouvement de matières muqueuses. Les douleurs abdominales qui persistaient dans l'intervalle, et un léger mouvement fébrile, firent croire à l'existence de l'inflammation des intestins; elles cessèrent de se faire sentir pendant trois semaines, pendant lesquelles on appliqua les sangsues aux cuisses et des cataplasmes sur le ventre, alternés avec des fomentations : la diète fut observée.

Le globe antipéristaltique continua à se renouveler chaque jour; sensible à la vue et au toucher, il avait le volume d'une grosse pomme. Il était accompagné de douleurs, qu'une pression un peu forte augmentait et qui obligeaient le malade à rester couché; elles étaient assez vives pour le forcer à se plaindre. Le visage était peu coloré; la respiration était un peu gênée par le

défaut du libre mouvement de l'abdomen; le pouls était lent, un peu concentré, et la chaleur naturelle.

Les boissons mucilagineuses, le petit-lait, l'infusion de feuilles d'oranger, étaient alternés. La valériane, l'assa-fœtida, le camphre, la poudre de quinquina et les lavemens émolliens furent employés. La maladie devenait un peu moins forte; elle reprenait son intensité lorsque le malade, voulant satisfaire son appétit, s'écartait d'un régime sévère.

Lorsque le malade crut pouvoir reprendre son travail, le mal recommença à être très-douloureux. Le repos fut absolu, et la guérison complète au bout de quatre mois.

Depuis cette époque il a repris ses occupations avec l'attention d'éviter les pressions fortes sur l'épigastre. Il a acquis de l'embonpoint.

Remarque. La pression exercée sur les organes de l'abdomen par des corps durs, dans l'exercice de la profession de ce malade, n'avait produit aucun trouble avant la maladie de poitrine. La susceptibilité des tissus étant accrue par cette maladie aiguë, les effets de la pression habituelle se manifestèrent.

Trois tissus élémentaires furent spécialement affectés, le tissu nerveux et le tissu vasculaire : de là l'inflammation indiquée par la douleur abdominale, que la pression augmentait, et par un mouvement fébrile; enfin, le tissu musculaire, dont la contraction antipéristaltique se manifestait par le globe qui remontait dans l'abdomen : le volume du globe était dû inévitablement à l'air, que la contraction chassait jusques dans l'estomac.

Cette dernière irritation, celle de la fibre musculaire, a été la plus difficile à dissiper. Renouvelée par les ali-

mens et l'exercice, elle ne s'est dissipée que par le régime sévère et le repos.

IVe. Observation.

Antoine Estrassia, âgé de cinquante-cinq ans, de Montluel, faiseur de paniers depuis quinze ans, père de quatre enfans, n'avait pas été malade depuis plus de trente ans; il n'avait eu ni douleur, ni indigestion, ni diarrhée. Malade depuis cinq ans, dans l'automne, en faisant un grand effort, il éprouva subitement une douleur au ventre, et ne put travailler le lendemain. Pendant un mois il ressentit dans l'abdomen une douleur profonde avec chaleur intérieure, puis la douleur se dissipa. Il allait librement à la selle. L'automne suivant, la douleur reparut de la même manière et dura tout l'hiver; alors les digestions furent troublées, quelques alimens seulement purent être digérés. La maladie eut plus d'intensité pendant les deux hivers suivans. La douleur n'existait que durant le travail, qui était léger; elle était augmentée par un travail plus fort. Le malade dormait pendant la nuit; il mangeait et buvait peu; son régime se composait de bouillon de riz, d'eau de riz, de bouillon d'herbes et d'épinards; le mal augmentait dès qu'il s'en écartait: le lait pur le fatiguait; coupé avec de l'eau, il passait très-bien. Le pain et les œufs étaient digérés difficilement; il ne pouvait supporter les pommes de terre, et dit qu'il faillit être étouffé par des haricots qu'il ne mangea qu'une fois. Il buvait un peu de vin mêlé d'eau, quelquefois il en était fatigué.

Dans l'été, il était bien pendant plusieurs mois. Au mois de septembre dernier, il eut une fièvre rémittente quotidienne, que les douleurs ordinaires avaient précédée

de plusieurs jours; elle dura quinze jours et se dissipa sans remèdes. Après la fièvre, les douleurs persistèrent, et il éprouva pour la première fois la sensation d'une boule qui remontait dans le ventre, sensation qui s'est toujours renouvelée depuis cette époque.

Estrassia entra à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1820. J'observai l'état suivant: Visage pâle avec une expression de souffrance; maigreur; abdomen d'un volume naturel, sans douleur dans l'intervalle des accès; l'épigastre était souple et insensible à la pression; l'ombilic et l'hypogastre étaient mous, sans élasticité; les selles rares, les urines rouges et en petite quantité; il n'en rendait qu'un quart de verrée dans les vingt-quatre heures. La respiration était libre, le pouls petit, lent, égal.

Le soir il éprouva un accès qui se renouvela les jours suivans. Ces accès consistaient dans la sensation d'une boule qui se manifestait tout-à-coup à des heures différentes, souvent le soir ou au milieu de la nuit; le globe commençait à la partie inférieure et gauche du ventre, remontait vers l'ombilic, redescendait au côté droit et remontait ensuite. Quelquefois il y avait plusieurs boules de la grosseur du poing, qui augmentaient le volume du ventre, et qui, selon l'expression du malade, semblaient se contrarier. Lorsqu'il pressait l'abdomen, les boules changeaient de place; elles ne remontaient jamais jusqu'à l'estomac, seulement un peu au-dessus de l'ombilic; la chaleur et l'aigreur s'élevaient jusqu'à l'épigastre; le malade rendait alors pendant un quart d'heure ou une demi-heure une très-grande quantité de vents, ou il vomissait les alimens, et il était soulagé; les vents qu'il rendait par le bas le soulageaient aussi; il était ensuite tranquille et il se couchait. Il ne pouvait supporter ni la

soupe ni le bouillon de viande. Je prescrivis l'eau d'orge coupée avec le lait, et les lavemens émolliens.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'au 20: alors le malade éprouva des coliques continuelles suivies de diarrhée; chaque jour il vomissait les alimens; le globe cessa de se faire sentir. Les alimens ne purent plus être pris, on se bornait à peu de boissons; la faiblesse s'accrut, et la mort eut lieu le 30.

Autopsie le 31. Maigreur, souplesse des membres.

Abdomen. L'estomac, qui avait acquis une ampleur extraordinaire, occupait l'épigastre, les deux hypocondres et la région ombilicale. Il contenait de l'air et un liquide grisâtre; les parois étaient enduites d'une matière grise; elles étaient pâles, et leur épaisseur était accrue dans toute son étendue, davantage vers la petite extrémité. L'ouverture du pylore resserrée, du diamètre d'une plume à écrire, était entourée de substance blanche, lardacée, et de consistance fibro-cartilagineuse, du volume d'une petite noix, sans trace d'altération ni d'inflammation de la membrane muqueuse.

La première moitié des intestins grêles était contractée, rouge, sans augmentation sensible d'épaisseur de la membrane muqueuse. La seconde moitié, distendue par de l'air, était rouge par intervalles. Les portions ascendante et descendante du colon étaient contractées, rouges extérieurement, grises sur la surface muqueuse. Le cœcum, l'arc du colon, sa portion iliaque gauche et l'intestin rectum étaient distendus par de l'air, et de couleur grise. Les glandes du mésentère étaient un peu volumineuses et rougeâtres. Une petite quantité de bile existait dans toute l'étendue du canal intestinal.

Le foie était très-petit, mou, rougeâtre; la vésicule

du fiel distendue par de la bile jaune; la rate était petite et la vessie contractée.

Poitrine. Les poumons et la plèvre n'offraient aucune trace d'altération. Le cœur, très-petit, infiltré vers son sommet, ne contenait presque point de sang.

Cerveau. Consistance ferme, sans trace d'altération.

Remarques. Dans l'observation d'Estrassia, la compression habituelle du ventre par des corps durs a été la seule cause de la maladie, puisqu'avant son apparition il avait joui pendant long-temps d'une bonne santé. Il ne s'était livré à aucun écart de régime. Pendant les quatre premières années tous les symptômes se rapportaient à la formation du squirrhe.

Le globe antipéristaltique qui s'est fait sentir pendant les derniers mois de la maladie, paraît avoir été causé par la pression exercée sur un organe qui y était disposé par la maladie organique. Le squirrhe de l'estomac, que nous avons fréquemment eu occasion d'observer, n'est accompagné d'aucune sensation mobile, lorsqu'il est l'effet d'une cause autre que la pression abdominale.

Le développement excessif de l'estomac explique la grande quantité d'air que le malade rendait et la terminaison du globe antipéristaltique près de l'ombilic où était descendu l'orifice pylorique. La marche du globe indique qu'il parcourait d'abord toutes les parties du colon, puis les intestins grêles.

Les tissus qui avaient été lésés par la pression, sont : 1°. les nerfs, ainsi que l'indique la douleur dans le cours de la maladie; 2°. les exhalans nutritifs qui avaient déposé les matériaux de la tumeur squirrheuse; 3°. la fibre musculaire dont la contraction douloureuse avait lieu de bas en haut.

Le tissu vasculaire de l'estomac ne présentait aucune trace d'altération; celui des intestins, au contraire, a été altéré dans les derniers jours de la maladie, comme il l'est consécutivement dans les maladies organiques de la poitrine et de l'estomac.

Ve. Observation.

Jean-Baptiste Jourdan, âgé de cinquante et un ans, d'une forte constitution, ayant les cheveux bruns, éprouva, il y a sept ans, en soulevant un fardeau pesant, une violente douleur, avec bruit, dans la région des lombes. La douleur violente, qui ne diminua qu'au bout de trois mois, se reproduisit avec force pendant les années suivantes, surtout lorsqu'un vent du nord froid soufflait; elle devint mobile, et se porta successivement à l'articulation iléo-fémorale droite, de manière à rendre la progression difficile, et à l'avant-bras droit : des vésicatoires avaient été appliqués derrière le bassin.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 8 juillet 1820, il ressentait depuis quinze jours de la douleur à l'articulation iléo-fémorale droite, que diminua l'action d'un vésicatoire placé derrière la hanche. Depuis le même temps il éprouvait la sensation d'une boule qui partait de l'épigastre, montait dans la poitrine avec un sentiment de pesanteur, et se terminait au col, où elle produisait une constriction douloureuse, une sorte de strangulation. La respiration avait lieu cependant sans grande difficulté; il n'y avait ni pesanteur, ni douleur de tête.

Déjà cette sensation d'un globe dans la direction de l'œsophage avait existé; elle s'était manifestée il y a deux ans pour la première fois, elle dura trois mois : toujours elle parut au moment où la douleur des lombes se faisait sentir avec le plus de force. A chacune de ces périodes,

elle se renouvelait irrégulièrement, une ou deux fois par jour, puis tous les six ou huit jours, enfin tous les quinze jours. Le besoin de prendre des alimens la faisait reparaître; elle se dissipait momentanément aussitôt que le malade avait mangé ou pris quelque boisson.

L'abdomen était sans douleur; il rendait une selle par jour; les urines étaient libres. Il n'y avait ni fièvre ni chaleur à la peau pendant son séjour à l'hôpital : le malade s'est bien trouvé de l'infusion de valériane, des bols de camphre et d'assa-fœtida. Deux purgations ordinaires le fatiguèrent beaucoup, et furent suivies d'une éruption anomale sur tout le corps.

Sorti le 23, la contraction antipéristaltique n'existait plus, mais la douleur de la hanche n'était point dissipée.

Chez ce malade le globe antipéristaltique n'était point dans les intestins, il n'avait son siége que dans l'œsophage; il était reproduit par le besoin des alimens et par la vivacité des douleurs, qui avaient pris le caractère de douleurs rhumatismales, et par une sorte de sympathie musculaire.

Nous avons cru utile d'appeler l'attention des médecins observateurs sur une maladie que nous n'avons vue décrite nulle part.

DES CHANGEMENS DE TEXTURE

Que l'Inflammation détermine dans les organes ;

Par A. Bouillaud.

§. I. Dans un travail antérieur à celui-ci, nous avons étudié les colorations morbides que l'on pouvait rap-

porter à l'inflammation ; mais pour aider à les reconnaître nous avons souvent été obligé de recourir à la présence d'autres caractères propres à cette maladie ; il est donc important de déterminer la valeur de ces derniers eux-mêmes, et d'établir le degré de certitude de chacun d'eux. Nous nous proposons dans ce travail d'étudier les changemens que l'inflammation amène dans quelques propriétés physiques des tissus, que nous rangerons sous trois chefs principaux : 1°. *densité* ; 2°. *cohésion* ; 3°. *consistance*. Mais avant d'entrer dans les détails relatifs aux altérations de ces propriétés, nous devons donner quelques explications sur la valeur que nous attachons à chacune des expressions qui les représentent.

1°. Nous entendons, avec tout le monde, par *densité*, le rapport du poids au volume, c'est-à-dire, la masse des organes. Les variations de cette propriété tiennent au plus ou moins grand rapprochement des élémens organiques, et aussi à la nature de ces élémens ; ce qui lui fait affecter des degrés très-nombreux depuis la densité des os, qui est très-considérable, jusqu'à celle des poumons, qui est très-faible. Nous voyons là un exemple de la différence qu'apporte la nature des élémens : les os imprégnés de phosphate calcaire, corps pesant par lui-même, sont très-lourds, tandis que les poumons, pénétrés par un fluide aériforme très-léger, sont d'une légèreté remarquable. Nous n'avons pas besoin de citer d'exemple des différences qu'apporte la quantité des élémens; ce fait se comprend de lui-même.

2°. La *cohésion*, cette propriété qui fait que les corps résistent aux forces qui tendent à désunir leurs molécules, existe dans les tissus animaux à différens degrés,

entre lesquels on peut distinguer la *ténacité*, l'*élasticité*, l'*extensibilité* et la *fragilité*. Diverses causes peuvent être regardées comme productrices de ces propriétés : telle est la proportion des liquides avec les solides ; ainsi l'on sait que le tissu ligamenteux, très-tenace et peu élastique dans l'état frais, acquiert une grande élasticité par la dessication: telle est aussi l'influence qu'exerce sur l'extensibilité la texture plus ou moins lâche qui permet ou non aux lames de glisser les unes sur les autres ; nous citerons pour exemple le tissu cellulaire sous-cutané, très-lâche et très-extensible, et en opposition le tissu ligamenteux, très-serré et doué de très-peu d'extensibilité. Enfin, la texture fibreuse ou pulpeuse, est sans doute aussi pour beaucoup dans ces différences : les organes doués de la première sont tenaces, extensibles ou élastiques, et ceux doués de la seconde sont au contraire fragiles. Les proportions de tissu cellulaire entrant dans la composition des organes et modifiant leur cohésion, sont une preuve de ce que nous avançons.

3°. La *consistance* est pour nous une propriété composée, dépendante de la densité et de la cohésion. Restreignant le sens étendu dans lequel on l'emploie, nous la définirons : la résistance que les organes opposent aux forces tendant à changer leurs formes extérieures. Les degrés de cette résistance constituent la *dureté* où cette résistance peut être très-considérable, et la *mollesse* où elle peut devenir presque nulle. On voit, d'après cela, que nous n'entendons nullement parler du degré de facilité que l'on éprouve à pénétrer dans le tissu des organes, mais seulement de celui que l'on a à changer leurs formes extérieures.

Nous venons de dire que la consistance dépendait de

la densité et de la cohésion. Quant à la première, la quantité et la nature des matériaux que nous avons indiquées comme sources de cette propriété, influeront donc sur la consistance, et nous citerons encore, comme preuve de la différence apportée par la nature des matériaux, les os et le poumon; le phosphate calcaire ayant une consistance très-dure, l'air aucune résistance, rendent les uns durs, l'autre mou. Pour la quantité des matériaux, nous prendrons comme exemple le foie; cet organe, dont les élémens solides et liquides sont les mêmes que ceux de beaucoup d'autres organes, présente cependant une fermeté beaucoup plus grande que la leur, que l'on ne peut attribuer qu'à l'accumulation, à l'entassement, pour ainsi dire, de ses matériaux.

Si nous recherchons ensuite quelle influence la cohésion peut avoir sur la consistance, nous la trouverons dans la différence qui existe entre le cerveau et les nerfs. Dans tous deux la substance nerveuse est très-molle; mais dans le cerveau elle n'est soutenue que par quelques lames de tissu cellulaire, rare et faible, aussi est-il très-mou; dans les nerfs, au contraire, la même substance est enveloppée par des gaînes d'un tissu cellulaire très-serré et doué d'une force de cohésion très-grande, aussi sont-ils beaucoup plus fermes que l'encéphale.

Nous n'étendrons pas davantage ces considérations, qu'une foule d'exemples pourrait appuyer, et nous résumons ce que nous venons de dire. 1°. Nous entendons par *densité* le rapport du poids au volume, ou la masse, ayant pour cause la quantité et la nature des élémens composant les organes; 2°. par *cohésion*, le degré de résistance aux forces qui tendent à désunir les molécules des tissus, exprimé par les mots *ténacité*, *élasticité*,

extensibilité, *fragilité*, et produit par l'adhérence des molécules entre elles, la proportion des liquides avec les solides, la disposition plus ou moins lâche, et la texture fibreuse ou pulpeuse des organes; 3°. par *consistance*, le degré de résistance aux forces qui tendent à changer les formes extérieures des organes, indiqué par les expressions *dureté*, *mollesse*, et dépendant de la densité et de la cohésion.

Nous allons maintenant passer à l'étude des changemens apportés dans ces propriétés par l'inflammation. Pour cela, nous allons d'abord considérer isolément les changemens que chacune d'elles éprouve, et ensuite les différences qui se succèdent suivant la marche de l'inflammation.

Nous avons dit ailleurs ce que nous entendions par inflammation, nous ne le répéterons pas ici, nous bornant à rappeler que dans cette maladie il y a accélération de la circulation capillaire, afflux des liquides dans leurs vaisseaux, transsudation à travers les parois de ces derniers, et par conséquent augmentation de proportion des liquides relativement aux solides.

§. II. *Changement de densité.* Si l'on ne faisait attention qu'à la quantité des matériaux comme cause productrice de la densité, on serait tenté de penser que l'accumulation des fluides dans les vaisseaux d'une partie, et leur épanchement dans le tissu où ces derniers se ramifient, a toujours pour effet d'augmenter la densité de l'organe enflammé. Mais ce que nous avons dit de l'influence qu'a sur cette propriété la nature des matériaux, suffit pour faire voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. En effet, si les liquides importés sont moins denses que les substances dont l'organe est imprégné, loin d'y

avoir augmentation de densité, il y aura diminution, et nous pouvons citer les os en première ligne ; au lieu de sels calcaires déposés dans les interstices de leur tissu, nous y voyons arriver des liquides, qui se concrètent, à la vérité, mais jamais au point d'acquérir la densité des premières ; aussi la densité des os diminue-t-elle dans l'inflammation. Bien loin de là, reprenant les mêmes exemples dont nous nous sommes déjà servi tout-à-l'heure, nous verrons le poumon, où un fluide aériforme est remplacé par un liquide, acquérir un accroissement de densité très-considérable ; par conséquent, plus la nature des matériaux importés par l'inflammation se rapprochera de celle des élémens naturels de l'organe, moins la différence de densité sera marquée, *et vice versâ.*

Il s'ensuivrait de cette loi que, dans les organes dont la nature se rapproche le plus de celles des fluides inflammatoires, l'augmentation de densité qu'ils pourraient acquérir ne dépendrait que de l'augmentation de quantité des matériaux; mais si cela est vrai pour quelques-uns, comme le tissu cellulaire, par exemple, il en est d'autres où le défaut de cohésion empêche que l'accumulation des fluides n'augmente leur densité. Leurs molécules sont désunies par la moindre distension, et cette disgrégation ne permet pas aux fluides de se condenser, de s'entasser dans le point enflammé ; alors le volume augmente beaucoup, mais non la densité, qui diminue au contraire. C'est ce qui arrive dans le cerveau, le foie, dont le volume augmente considérablement, mais dont la densité diminue. Cette remarque nous amène naturellement à cette autre, que plus les organes seront tenaces, élastiques, plus ils opposeront de résistance

à leur distension, et par conséquent plus les fluides épanchés seront serrés, comprimés, plus leur densité augmentera : l'augmentation de densité se trouvera donc ici en raison directe de la force de cohésion dont jouissent les tissus.

Si maintenant nous faisons attention à la structure aréolaire des organes, nous y trouverons encore une raison qui expliquera la rapidité de l'augmentation de densité. Les fluides s'épanchent facilement, en effet, dans les cellules, les aréoles, ainsi que cela se fait pour les poumons, le tissu cellulaire, et non pas pour des organes plus serrés.

On voit, d'après toutes ces causes, combien de degrés il peut exister entre l'augmentation et la diminution de densité déterminées par l'inflammation envahissant les divers organes; que ces différences existent non-seulement entre l'état sain et l'état malade, mais encore entre les changemens eux-mêmes des divers organes comparés entre eux. Nous verrons encore, en parlant de la marche de l'inflammation, la succession de changemens de densité qui s'opère dans chaque organe.

Ce que nous venons de dire nous suffit pour établir que dans l'inflammation, 1°. la densité augmente lorsque les matériaux importés sont plus denses que ceux qu'ils remplacent, lorsque les tissus sont doués d'un certain degré de cohésion; 2°. qu'elle diminue au contraire lorsque les fluides importés sont moins denses que les matériaux composant primitivement l'organe, lorsque le tissu enflammé jouit de très-peu de cohésion; 3°. que les changemens de densité sont d'autant plus marqués que les différences que nous venons d'indiquer

sont plus tranchées ; 4°. qu'ils sont d'autant plus rapides que les organes sont plus aréolaires.

§. III. *Changemens de cohésion*. Les liquides, en s'accumulant dans les organes, s'infiltrent dans leurs tissus, s'introduisent entre leurs fibres, entre leurs molécules, les écartent et les divisent. Si maintenant nous considérons que tout liquide est doué d'une force de cohésion moindre que celle d'un solide, nous en induirons que l'augmentation de proportion des premiers sur les derniers doit diminuer la ténacité de l'organe où elle a lieu. Cette même proportion que nous avons vue influer sur l'élasticité, et dont nous avons offert un exemple dans le tissu ligamenteux, qui devient élastique en se desséchant, va donc aussi porter atteinte à cette propriété, et aura pour effet de la diminuer. L'extensibilité que nous avons dit dépendre de la laxité, qui permet aux lames de glisser les unes sur les autres, sera nécessairement diminuée par l'adhésion entre elles de ces mêmes lames et par la réplétion des vacuoles qui les séparaient : enfin, les fibres, écartées les unes des autres, n'étant plus réunies en faisceaux, en deviennent plus faciles à rompre, l'augmentation de densité offrant d'ailleurs un point d'appui aux forces qui tendent à les briser; souvent aussi elles sont déjà rompues par l'effort de distension que les fluides accumulés exercent sur elles.

Voilà donc une série de phénomènes que l'on remarque constamment dans tous les tissus envahis par une inflammation aiguë. Dans tous, la ténacité, l'élasticité, l'extensibilité, sont diminuées et la fragilité augmentée ; ils s'écrasent sous le doigt qui les comprime, ils se rompent sous l'effort qui tend à les étendre; en un mot,

leur cohésion a diminué. Mais d'après ce que nous avons dit tout-à-l'heure, tous les organes ne peuvent pas présenter ces changemens au même degré : on conçoit aisément que cette diminution se manifestera d'autant moins facilement que le tissu sera doué de plus de cohésion dans l'état sain, et que de grandes différences y seront apportées par la structure fibreuse ou pulpeuse des organes. Aussi le système ligamenteux qui jouit d'une grande ténacité est-il celui qui perd sa cohésion le moins facilement : les membranes séreuses la perdent un peu plus tôt; le tissu cellulaire, très-extensible, devient assez promptement fragile ; les muscles, qui ne doivent leur force de résistance qu'à leurs propriétés vitales, se brisent sans la moindre impression lorsqu'ils sont enflammés. Le foie, dont le tissu dans l'état sain est si facile à rompre, perd presque complètement alors le peu de cohésion qu'il possédait ; enfin l'encéphale, où cette dernière propriété est presque nulle, se réduit en bouillie au moindre contact.

Nous voyons donc ici une altération, constamment la même dans tous les organes, seulement à des degrés différens, compris entre la fragilité peu marquée et le ramollissement porté jusqu'à la liquéfaction. Pour bien saisir cette gradation il ne faudrait pas se contenter de comparer l'état malade avec l'état sain du même organe, car alors le tissu ligamenteux paraîtrait peut-être diminuer de cohésion beaucoup plus que d'autres organes, ce qui n'est pas, et cette erreur tiendrait à ce que la grande ténacité de ce tissu dans l'état sain rend sa diminution plus évidente, mais elle n'est pas pour cela plus considérable. Il suffit, pour rectifier cette erreur, de comparer le changement qui se passe dans la cohésion de ce tissu

avec celui qui survient dans la cohésion des autres à la même période de l'inflammation. On verra alors que la perte de cette propriété s'y opère beaucoup plus lentement, et nous en avons dit la raison.

De ce que nous venons de dire nous pouvons conclure que la cohésion diminue constamment dans les tissus envahis par une inflammation aiguë, et que la rapidité de cette diminution est en raison inverse du degré de cohésion dont jouit le tissu dans l'état normal.

§. IV. *Changemens de consistance.* Nous avons dit plus haut ce que nous entendions par consistance, et nous avons dit en même temps que nous attribuions ses différens degrés, dureté ou mollesse, à ceux de la densité et de la cohésion; nous allons donc trouver les changemens qui surviennent dans cette propriété, en raison composée des deux secondes.

La nature et la quantité des matériaux accumulés dans l'organe exerceront sur la consistance la même influence que sur la densité. Ainsi, lorsque les fluides inflammatoires seront plus consistans que ceux qui occupent ordinairement l'organe, ce dernier s'endurcira, c'est ce qui a lieu pour les poumons, dont la dureté devient très-considérable; le contraire aura lieu dans la disposition opposée, ainsi qu'on le voit dans les os, qui se ramollissent. Nous verrons, en outre, en parlant des progrès de l'inflammation, combien les altérations apportées par cette maladie dans les fluides congérés influent sur ces mêmes changemens.

L'augmentation de densité provenant de l'augmentation de quantité de matériaux, et que nous avons dit être d'autant plus marquée que les tissus étaient plus tenaces, plus élastiques, détermine aussi une plus grande

consistance, c'est-à-dire de l'endurcissement. On conçoit sans peine que cette replétion des tissus leur ôtant leur flaccidité et leur mollesse, leur donne en même temps une plus grande résistance aux forces tendant à changer leurs formes extérieures. Cette sensation de dureté, de rénitence, dépend alors de la force avec laquelle les liquides sont retenus dans les vacuoles des tissus. Dès-lors, il n'est pas difficile de conclure qu'à mesure que la ténacité diminue dans les tissus, à l'état normal, on doit voir aussi diminuer cette dureté inflammatoire. Aussi voit-on que si les tendons et les nerfs enflammés présentent des petits nodus très-durs, le tissu cellulaire, moins tenace qu'eux, offre aussi de la dureté, mais à un degré moindre que la leur. Enfin, dans les organes où la texture fibreuse est peu marquée, et dont la nature est pulpeuse, les liquides épanchés n'étant pas enserrés dans des mailles, et la cohésion y étant diminuée, ainsi que la densité, bien loin d'y avoir de l'endurcissement on trouve au contraire du ramollissement; ainsi le foie, formé de granulations unies entre elles par un peu de tissu cellulaire, en présente-t-il un premier degré; les membranes muqueuses, dont la texture est fongueuse, se ramollissent encore plus, et enfin le cerveau, presque dépourvu de tissu cellulaire, offre ce caractère au plus haut degré. Dans ces derniers cas, viennent se réunir et se confondre les changemens de densité, de cohésion et de consistance; tous sont en moins.

Il est encore une chose très-importante à remarquer relativement à ces différences, c'est que quelques organes n'étant pas dans leur totalité formés de tissus dont les propriétés sont identiques, chacun de ceux qui entrent dans leur composition peuvent présenter une

modification différente. Nous prendrons pour exemple la membrane muqueuse gastro-intestinale. En considérant son organisation on peut y distinguer plusieurs couches, 1°. un tapis de villosités, prolongemens celluleux, presque sans cohésion ; 2°. le corium, lacis vasculaire et nerveux, de nature fongueuse, s'enfonçant d'espace en espace au-dessous de son niveau pour former les follicules mucipares, petites ampoules renforcées par un tissu cellulaire dense; 3°. une couche de tissu cellulaire très-serré.

Les fluides importés par l'inflammation ne produiront certainement pas des changemens semblables dans des parties si différentes. Aussi voit-on que les villosités perdent très-facilement leur peu de cohésion et de consistance, et se ramollissent au point de disparaître au moindre contact; le corium, de nature fongueuse, se ramollit aussi, mais cependant à un degré moindre que les villosités ; les follicules, au contraire, dans la composition desquels nous avons vu entrer un tissu cellulaire dense, contractent déjà un certain degré d'endurcissement; enfin, le tissu cellulaire sous-jacent, alors qu'il s'enflamme, ce qui n'a lieu qu'à la longue, devient réellement très-dur. Ces différences, que le plus simple examen peut faire reconnaître, sont, ce nous semble, suffisamment expliquées par les raisons que nous avons indiquées plus haut. Une preuve de plus de ce que nous avançons, c'est que la membrane muqueuse gastro-intestinale, présentant des prédominances de ces divers élémens, suivant la place qu'elle occupe dans ce canal, l'inflammation y détermine des changemens en rapport avec l'élément prédominant. Ainsi, les follicules étant moins nombreux et moins marqués dans l'estomac, le

ramollissement est le principal caractère que l'on remarque dans cet organe : au contraire ces mêmes cryptes mucipares étant très-volumineux et très-rapprochés dans les gros intestins, et les villosités y étant moins marquées, l'endurcissement y est souvent très-considérable; d'ailleurs l'inflammation persistant quelquefois très-long-temps dans cet intestin, le tissu cellulaire sous-muqueux s'enflamme aussi et ajoute encore à l'endurcissment ; enfin, dans l'intestin grêle, où les villosités et les follicules sont en nombre à-peu-près égal, on rencontre simultanément le ramollissement et l'endurcissement.

Il suit donc des faits précédens, 1°. que les changemens apportés par l'inflammation dans la consistance des organes sont de deux espèces, en plus constituant *l'endurcissement*, en moins constituant le *ramollissement*; 2°. que ces changemens sont en raison directe du degré de cohésion normale des organes, et des changemens de densité ; 3°, qu'enfin plusieurs espèces de changemens peuvent se rencontrer simultanément dans les diverses parties d'un même organe, suivant l'organisation spéciale de chacune de ces parties.

§. V. Dans les considérations que nous venons de donner nous n'avons eu égard qu'à la texture et aux propriétés physiques des organes pour expliquer les changemens qui s'y passent; mais les propriétés vitales qui les animent ont certainement aussi une grande influence sur ces phénomènes. Tous les organes, en effet, ne sont pas également aptes au développement rapide de l'inflammation ; ainsi ceux qui jouissent d'une circulation, d'une nutrition plus actives, ceux, en un mot, qui sont doués de plus de vie, sont les plus exposés à

l'apparition prompte des changemens que détermine l'inflammation ; c'est ce que l'on observe dans le poumon, l'encéphale, le canal intestinal ; le contraire á lieu pour les systèmes osseux, ligamenteux : ces faits se comprennent trop bien d'eux-mêmes pour avoir besoin d'explication.

Que si maintenant nous faisons attention à la marche de l'inflammation, nous verrons la succession qu'elle apporte dans les phénomènes que nous étudions, et les variations que cette succession éprouve de la marche plus ou moins rapide de la maladie.

Cette dernière, à l'état aigu, tend constamment, par ses progrès, dans quelque organe qu'elle se manifeste, à diminuer sa cohésion ; et si, dans son principe, la densité et la consistance de quelques-uns sont augmentées, ces propriétés ne tardent pas à diminuer aussi ; et nous allons en trouver la raison dans les altérations successives déterminées dans les solides et les fluides.

Au principe de la maladie, les fluides accumulés et épanchés dans les tissus sont de nature plastique, faciles à coaguler, partant d'une densité remarquable ; les solides sont encore doués d'une force de cohésion assez considérable pour les maintenir entre leurs mailles ; aussi est-ce alors que l'augmentation de densité et l'endurcissement sont le plus marqués. Cette plasticité, cette concrescibilité des liquides peut même être telle, que la dureté en augmente considérablement et rende très-difficilement appréciable la diminution de cohésion : ce fait se remarque principalement dans le tissu cellulaire, le poumon, la peau ; ils sont quelquefois très-difficiles à pénétrer, et au point de ne pouvoir dire facilement s'ils le sont moins que dans l'état sain ; c'est ce qui avait

perpétué l'erreur que M. le professeur Lallemand a si lumineusement combattue. On sentira alors facilement quelle influence peut avoir dans ce cas le bon état du sang, sa plus ou moins grande facilité à se concréter, dépendant des âges, des constitutions, des états morbides, et de quelle importance doit être cette considération de l'état des liquides, pour bien apprécier les altérations dont nous parlons. Mais à mesure que la maladie fait des progrès, les solides, incessamment rendus plus fragiles par la perte de leur cohésion, sont rompus par les liquides qui les distendent; ces derniers, de plus en plus dénaturés, perdent leur propriété coagulable, deviennent plus fluides, se convertissent en pus, et finissent par se réunir au milieu du détritus qu'ils ont produit dans le point de l'organe où ils ont séjourné; alors toute cohésion est détruite; l'augmentation de densité que nous avons vue dépendre de la cohésion ne saurait donc plus avoir lieu; enfin, nous ne pouvons plus trouver que des changemens de consistance en moins, puisque les matériaux importés sont de plus en plus fluides; que les solides eux-mêmes sont convertis en liquides; que la cohésion et la densité ont diminué : or nous avons établi que les divers degrés de consistance dépendaient de ces causes.

Cette série de phénomènes se remarque de même dans les organes dépourvus de cohésion, excepté qu'il n'y a d'abord ni augmentation de densité, ni endurcissement; alors les changemens en moins de toute espèce sont amenés beaucoup plus rapidement, et la liquéfaction de ces organes est beaucoup plus prompte.

En général, les changemens en moins commencent à se faire au centre du point affecté, par conséquent à

l'endroit où la phlegmasie a été la plus intense; si la surface enflammée peut communiquer avec l'extérieur, la portion désorganisée et en détritus se détache et laisse à sa place une cavité, dont les bords, qui ne sont qu'à une période moins avancée de l'inflammation, sont encore endurcis, et qui ne se ramollissent et ne se détruisent qu'au fur et à mesure que la maladie fait des progrès. C'est ce phénomène que l'on connaît sous le nom *d'ulcération*. Si les organes ne sont pas disposés de manière à pouvoir laisser échapper facilement le détritus, ce dernier reste contenu dans l'organe, et y forme une collection connue sous le nom d'*abcès*, dont la cavité s'étend de plus en plus par le ramollissement et la destruction de ses parois jusqu'à ce que le contenu puisse se faire jour à l'extérieur. Enfin, lorsque les progrès de la désorganisation sont bornés, le liquide plastique épanché dans le tissu environnant s'organise, les bords de l'ulcère ou les parois de l'abcès se rapprochent, se réunissent, et la cicatrisation a lieu au moyen de cette matière de nouvelle formation.

La désorganisation purulente peut se présenter sous plusieurs aspects; tantôt elle forme une véritable bouillie inorganique, plus ou moins épaisse; tantôt elle conserve une certaine consistance et se détache sous forme de lambeaux déchirés constituant des *escarres* plus ou moins étendues. Leur consistance varie en général avec celle du pus; ainsi on en rencontre souvent d'assez adhérentes et fermes, dans lesquelles le pus est concret, et qui font saillie sur les points ulcérés, en présentant une couleur jaune verdâtre. Cette espèce se trouve fréquemment sur les ulcérations de la muqueuse intestinale. Ces escarrifications purulentes ne peuvent exister que dans des or-

ganes pourvus de tissu cellulaire; il est, en effet, indispensable pour leur formation qu'un tissu doué d'une certaine cohésion soutienne le pus qui vient de se produire. Dans les autres organes, au contraire, se trouve la bouillie purulente dont nous venons de parler.

Mais l'inflammation ne suit pas toujours cette marche régulière, elle peut être ou plus rapide, ou plus lente. Dans le premier cas, au lieu de la désorganisation purulente dont nous venons de voir les effets, une véritable désorganisation sanguine a lieu; les propriétés vitales sont brusquement anéanties dans le point enflammé, et cette masse, où les fluides et les solides sont bientôt décomposés, se détache des parties vivantes. Quant à la consistance des points ainsi désorganisés, elle est en général assez variable, et dépend de la proportion des liquides avec les solides; ainsi ils sont quelquefois diffluens, transformés en un liquide où flottent des lambeaux solides (*gangrène humide*); d'autres fois ils présentent une masse assez consistante (*gangrène sèche*). Mais ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que la diminution de consistance ne se fait pas du centre à la circonférence, comme dans la désorganisation purulente; ici c'est le pourtour du point frappé de mort qui se ramollit au moyen des liquides que versent les parties vivantes, et ce ramollissement sert à détacher en entier la partie morte. Nous avons vu ce phénomène très-marqué dans un cas de gangrène de poumon, où l'énorme cavité produite par cette désorganisation contenait une masse escarrifiée arrondie, lobulée, de la grosseur d'une noix, et dont la consistance était plus considérable au centre qu'à la périphérie.

La désorganisation sanguine peut avoir lieu dans le

principe de l'inflammation, ou se manifester beaucoup plus tard ; ainsi le cas de gangrène du poumon que je viens de citer avait succédé à une pneumonie latente chez un enfant. Il est certainement assez difficile de déterminer les influences qui amènent cette désorganisation. Dans quelques cas, elle est évidemment produite par la violence de l'inflammation ; mais dans d'autres on ne peut l'attribuer qu'à des caractères particuliers des causes productrices, à des circonstances environnantes, aux constitutions individuelles, etc. ; mais il n'entre pas dans nos vues de rechercher ici le pourquoi de cette altération, nous devons-nous borner à en assigner quelques caractères, et tout-à-l'heure nous allons en ajouter quelques-uns à ceux que nous venons de noter.

Dans d'autres cas, que l'on désigne sous le nom d'*inflammations latentes*, les désorganisations tardent beaucoup plus à se manifester, tous les phénomènes se succèdent avec une lenteur remarquable, et pendant long-temps le pus reste infiltré dans les tissus sans se réunir en masse. On peut alors le faire sourdre de tous les points de la partie enflammée, lorsqu'on comprime cette dernière entre les doigts. Ici les changemens en moins ne se manifestent que très-lentement et très-tard, et quand ils arrivent, toute une portion d'organe tombe mortifiée et en détritus purulent.

Il est enfin des cas (*phlegmasies chroniques*) où les désorganisations dont nous venons de parler n'ont pas lieu. L'inflammation n'étant pas assez intense pour amener la formation du pus, les liquides persistent à l'état coagulable ; ils ne sont d'ailleurs épanchés que lentement dans les tissus, dont ils ne font que distendre les fibres sans les briser ; mais peu-à-peu les liquides plas-

tiques finissent par envahir tout le tissu, son organisation disparaît, et il est converti en une masse homogène de consistance variable. Tantôt ces masses sont gélatiniformes ; ainsi, ayant laissé séjourner pendant quinze jours une épingle dans le tissu cellulaire d'un chien, nous avons trouvé ce tissu converti en une substance transparente, incolore, friable, ressemblant beaucoup à de la gélatine, et ayant de l'analogie avec le cancer colloïde de M. Laennec ; tantôt ces masses sont lardacées, résistantes, et d'une densité très-considérable ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que souvent leur cohésion augmente aussi. Ceci nous paraît un résultat de l'organisation partielle du fluide plastique, qui tend toujours et partout à passer à l'état fibreux. Aussi voit-on quelquefois de ces masses indurées dans les organes qui sont le moins pourvus de cohésion, le foie, le cerveau, etc. Ces points, ainsi affectés de phlegmasies chroniques, peuvent persister très-long-temps à l'état d'induration, et amener la mort sans que les tissus aient souffert d'autre altération ; mais d'autres fois on y voit des points de ramollissement qui s'étendent progressivement par une destruction extrêmement lente, par une espèce d'usure qui amène enfin ces ulcérations perforatives auxquelles succombent les malades. On ne retrouve pas dans ces cas les phénomènes d'escarrification, que nous avons vus dans la désorganisation purulente aiguë et dans la désorganisation sanguine : tantôt les points ramollis sont réduits en bouillie homogène de la même nature que les points encore indurés ; tantôt le détritus est successivement entraîné de manière à ne laisser qu'une ulcération sèche, dont la grandeur augmente progressivement par l'usure successive de ses

bords. Dans tous ces cas on ne retrouve pas le vrai pus de l'inflammation aiguë, mais bien une sanie grisâtre, de couleur et de consistance variables.

§. VI. Mais tous ces changemens de densité, de cohésion, de consistance, sont-ils toujours accompagnés des mêmes colorations morbides? Ce que nous avons déjà dit ailleurs peut faire pressentir qu'il n'en doit pas être ainsi : en effet, les liquides sont altérés en même temps que les solides, et les colorations anormales qui dépendent de l'infiltration de ces premiers doivent suivre leurs altérations. Aussi voit-on que dans les organes qui présentent, au principe de l'inflammation, de l'augmentation de densité et de l'endurcissement, ces changemens sont le plus souvent accompagnés de coloration rouge, plus ou moins foncée, plus ou moins vive, et qu'au contraire, lorsque les mêmes propriétés diminuent, et que la désorganisation purulente commence à se manifester, la teinte rouge s'obscurcit et se dégrade, jusqu'à son entier remplacement, par des colorations jaunes, jaunes verdâtres. Loin de là, lorsque la désorganisation sanguine a lieu, en même temps qu'on voit survenir les changemens de texture qui lui sont propres, la teinte se fonce de plus en plus, en passant au brun rouge, au brun foncé et même noir ; mais bientôt ces colorations diminuent elles-mêmes, et le détritus que l'on trouve alors est d'un gris sale mêlé de blanc. Dans quelques circonstances on voit aussi une couleur jaune, mais bien différente de celle de la désorganisation purulente, qui est jaune verdâtre, tandis que celle dont nous venons de parler est jaune d'ocre doré.

Enfin, lorsque l'inflammation affecte la marche chronique, les colorations anormales diminuent de plus en

plus, et les masses phlegmasiées sont incolores et transparentes, le plus souvent; quelquefois elles présentent une légère teinte rose et des nuances diverses, surtout lorsque survient la période de ramollissement, ou lorsque des phlegmasies aiguës se sont entées sur des chroniques.

Mais nous avons déjà dit qu'il pouvait exister des inflammations aiguës sans colorations anormales : il peut donc se rencontrer des changemens de texture dépourvus des derniers caractères que nous venons d'indiquer. Nous avons déjà signalé certains tissus, que leur organisation spéciale ne disposait pas à changer de couleur, nous n'y reviendrons pas; mais dans d'autres organes que l'inflammation aiguë colore ordinairement d'une teinte plus ou moins foncée, il peut se présenter des changemens de texture incolores; de ce nombre sont les ramollissemens blancs de l'encéphale et des membranes muqueuses, les éruptions folliculaires avec induration du canal intestinal. Mettant à part les décolorations qui dépendent de la présence du pus, et que l'on peut reconnaître à la teinte jaunâtre, jaune verdâtre, que ce produit communique aux tissus où il est infiltré; nous ne voulons parler que des changemens de texture tout-à-fait incolores. Beaucoup de contestations se sont élevées sur la nature de ces altérations; la question est encore en litige, et nous n'espérons pas la résoudre, mais nous allons émettre quelques-unes de nos idées sur ce fait. On ne met pas en doute que les éruptions folliculaires incolores du canal intestinal ne soient produites par l'inflammation; et, en effet, si la coloration rouge ne se remarque pas dans ces circonstances, on retrouve tous les autres caractères anatomiques de l'inflamma-

tion, l'augmentation de densité et de consistance, la diminution de cohésion. Cette altération, qui se remarque principalement chez les individus doués d'une prédominance lymphatique, s'explique bien par ce dernier fait, ainsi que nous l'avons déjà dit en traitant des colorations; il est de plus à remarquer qu'elles ne s'accompagnent que de symptômes sourds, et beaucoup moins marqués que ceux des autres inflammations gastro-intestinales. Si nous passons immédiatement aux ramollissemens incolores du corium de la membrane muqueuse, les mêmes considérations seront entièrement applicables. En effet, nous avons fait distinguer les altérations de texture du corium, de celles des follicules; les derniers s'endurcissent tandis que le premier se ramollit : qu'au lieu de sang épanché, ce soient des fluides blancs qui s'infiltrent dans le tissu, nous ne pourrons plus trouver les colorations que déterminait la présence du fluide sanguin; mais les altérations de texture seront les mêmes. Si, enfin, nous faisons remarquer que ces ramollissemens incolores se rencontrent surtout chez les enfans dont les tissus sont mous et abreuvés de fluides blancs, et, de plus, dans l'estomac où se trouvent peu de follicules, élémens d'induration, nous ne serons plus étonnés de ces effets particuliers de l'inflammation.

Quant aux ramollissemens incolores de l'encéphale, on a voulu leur contester le caractère inflammatoire, parce qu'ils n'étaient pas accompagnés des symptômes propres à ceux avec colorations anormales; mais cela n'est pas plus étonnant que ce que nous venons de faire remarquer d'analogue relativement aux éruptions folliculaires du canal intestinal, auxquelles le caractère in-

flammatoire n'est pas refusé, quoiqu'elles ne s'accompagnent pas de symptômes très-intenses. M. Rostan a dit aussi que cette altération était une mort sénile de l'encéphale ; mais elle ne se rencontre pas seulement chez les vieillards, on la trouve très-fréquemment aussi chez les enfans. Ce rapprochement s'explique très-bien par les judicieuses considérations de M. Guersent (1) sur les rapports de constitution qui existent entre les enfans et les vieillards : la mollesse des organes, l'abondance des sucs blancs chez les premiers, le défaut de réaction vitale chez les seconds, sont en effet des causes qui doivent diminuer la tendance aux inflammations sanguines. Chez tous deux les phlegmasies latentes sont très-communes.

L'absence de coloration anormale, alors que les changemens de texture propre à l'inflammation des organes se rencontrent, ne nous semble donc pas une raison suffisante pour leur refuser le caractère inflammatoire. Cette absence n'est alors qu'un indice de la moindre intensité de la maladie, ou un effet de l'âge et de la constitution du sujet.

L'infiltration des fluides blancs dont nous nous sommes étayé pour expliquer les changemens de consistance incolores, n'est pas une pure hypothèse, on la voit très-souvent en même temps que l'infiltration sanguine dans les inflammations rouges. Lorsque nous avons cherché à enflammer le cerveau chez les animaux, nous avons toujours trouvé des ramollissemens incolores autour de ceux qui étaient plus ou moins colorés. Le tissu cellulaire sous-muqueux intestinal offre aussi ce phéno-

(1) *Dictionnaire de Médecine*, art. *Enfant*.

même dans les cas de phlegmasie de la membrane muqueuse qui lui est sus-jacente ; il est infiltré d'une légère quantité de sérosité qui l'a rendu fragile, de telle sorte qu'on peut enlever facilement la membrane. N'étant pas le siége d'une inflammation très-prononcée, il n'a pas contracté la dureté que lui donnerait le liquide plastique qu'une inflammation intense y amenerait. Faisons remarquer en passant que nous voyons encore ici un effet de la différence que la nature des matériaux apporte dans la consistance des organes. L'infiltration séreuse est donc, dans ces cas, l'indice du peu d'intensité de l'inflammation, et devient une preuve de plus que nous apportons en faveur de notre opinion sur les ramollissemens incolores.

Mais on a dit encore que ces altérations incolores étaient un vice de nutrition primitif survenu dans un organe. Cette explication, peut-être un peu hypothétique, un peu vague, en ce qu'elle ne détermine pas la qualité du vice de nutrition, est par cela même entachée d'un défaut radical. Cependant, comme il est des faits qui excèdent toutes nos explications, contentons-nous encore ici de choisir celle qui nous paraît la plus probable et la plus satisfaisante, quitte à la changer si l'on nous prouve notre erreur.

On a attribué aussi tantôt à des altérations des fluides, tantôt à des effets ataxiques le ramollissement du cœur. On trouve parfois ses parois amincies, décolorées et friables, et cet état coïncide souvent avec de semblables altérations des muscles de la vie animale, soit chez les phthisiques, soit chez d'autres individus morts à la suite de maladies de longue durée; on peut en quelque sorte concevoir que l'épuisement qui résulte de ces affections

et du régime diététique sévère qu'on leur oppose, puisse amener de semblables altérations ; mais ces explications ne peuvent plus servir pour les cas où on trouve le cœur ainsi altéré chez des sujets vigoureux et qui ont succombé rapidement à des maladies aiguës ; on est sans doute alors assez embarrassé pour se rendre compte de la cause de ce phénomène. Dans un ouvrage récent (1), on l'a attribué à l'inflammation ; mais on pourrait peut-être objecter à cette opinion que dans ces cas le tissu du cœur est le plus souvent décoloré, grisâtre : or le tissu musculaire enflammé ne se décolore que dans une période avancée et lorsque le pus commence à se former ; au contraire, au principe il prend une teinte violette, quelquefois foncée. De plus, le ramollissement dont nous nous occupons est accompagné d'amincissement des parois ; ce qui ne s'accorde pas avec l'effet connu de l'inflammation, d'augmenter le volume des organes. Quelles que soient les raisons qu'on peut lui objecter, cette explication satisfait mieux sans doute que celle qui rapporte de semblables altérations à de prétendus effets d'ataxie, où l'on trouve encore bien moins la possibilité de se rendre raison de ce fait ; mais comme nous n'y trouvons pas la réunion des caractères voulus pour décider l'existence d'une inflammation, nous resterons encore dans le doute.

Les ramollissemens de la rate se trouvent encore dans le même cas ; cependant ils sont peut-être moins difficiles à expliquer que ceux du cœur. Comme ils se présentent le plus souvent dans des maladies où des congestions plus ou moins vives se sont faites sur les organes

(1) *Traité des Maladies du Cœur*, par MM. Bertin et Bouillaud.

internes, comme dans les fièvres intermittentes; il est facile de concevoir que ces congestions brusques dans un organe tout vasculaire et aussi peu consistant que la rate, en déterminent le ramollissement.

§. VII. Après nous être occupé des altérations de texture qui surviennent le plus souvent dans l'inflammation, nous avons aussi à indiquer les divers états morbides ou cadavériques qui peuvent donner lieu à des altérations analogues, et à tâcher de saisir les différences qui peuvent les faire distinguer des premières. Nous allons d'abord passer en revue les causes qui peuvent modifier la texture des organes pendant la vie; nous verrons ensuite celles qui peuvent le faire après la mort.

1°. *Hypertrophie.* L'accroissement de nutrition qui survient dans un organe, et auquel on a donné le nom d'*hypertrophie*, a non-seulement pour effet d'en augmenter le volume, mais encore la densité et la *cohésion*. La différence de modification de cette propriété est déjà un point essentiel à noter, car nous avons vu que dans l'inflammation la cohésion diminuait constamment, au moins pour l'inflammation aiguë; car nous avons vu aussi que dans l'inflammation chronique la cohésion augmentait quelquefois; mais alors la texture de l'organe est encore altérée sous d'autres rapports que nous avons indiqués; tandis que dans l'hypertrophie la composition de l'organe reste la même, seulement toutes ses propriétés sont en plus. Il n'y a, sans doute, qu'un degré léger entre les causes de l'hypertrophie et celles de l'inflammation chronique, puisque l'on a, de nos jours, attribué ces deux états à la même cause, l'irritation, ce qui n'est pas sans fondement, et que, de plus, M. Bil-

lard (1) admet une espèce d'hypertrophie par cause inflammatoire. Mais l'anatomie pathologique ne peut toutefois admettre l'identité de ces deux cas, qu'il suffit de voir pour les distinguer.

2°. *Atrophie.* La diminution de nutrition des organes apporte aussi des changemens dans leurs propriétés; mais un des plus remarquables, est la diminution de volume. Quoique nous ne nous soyons pas encore occupé de ce caractère relativement à l'inflammation, cependant nous pouvons dire à l'avance que dans cette affection les organes augmentent presque toujours de volume, ce qui peut rendre un peu extraordinaire l'opinion de quelques médecins, qui regardent l'amincissement des parois intestinales comme un signe d'inflammation. Nous ne nous arrêterons pas à la discussion de ce fait, qui trouvera sa place ailleurs; mais nous ne pensons pas toutefois que l'on puisse facilement confondre l'atrophie avec l'inflammation. Dans le premier cas, les organes diminuent de volume; dans le second, ils en augmentent. Dans l'atrophie, ils sont, pour ainsi dire, privés de fluides, dans un état de rigidité, de sécheresse, ce qui est le contraire de l'inflammation où une plus grande quantité de liquides les abreuve. Dans l'atrophie, les organes ont une consistance flasque; dans l'inflammation, l'augmentation de densité les rend durs et plus consistans que dans l'état normal; et si par la suite cette affection y amène des changemens en moins dans la consistance, ils coïncident avec la diminution de cohésion que l'on ne rencontre pas dans l'atrophie.

(1) *De la Membrane muqueuse gastro-intestinale, etc., etc.* Paris, 1825.

3°. *Infiltrations séreuses.* Soit qu'une infiltration de sérosité soit produite par des obstacles éloignés à la circulation, soit qu'elle ait été le résultat de causes immédiates, elle n'en reçoit pas moins le nom d'œdème, et présente aussi les mêmes caractères. Ici la cohésion des tissus est peu ou point changée; ils sont loin d'avoir acquis la friabilité que leur communique l'inflammation; et si leur consistance est moindre, elle ne dépend que des fluides contenus dans l'organe; car si par la pression on les en expulse, l'organe reprend ses propriétés physiques normales. Cependant l'extrême distension que peut faire éprouver l'accumulation de la sérosité aux lames des tissus, peut finir par les rompre et par les rendre telles qu'on puisse les écraser facilement sous le doigt; mais toujours il existe une telle quantité de sérosité, que la pression fait sourdre, qu'il n'est pas possible de confondre cet état avec les caractères de l'inflammation. Cette dernière peut toutefois exister simultanément avec lui, mais le plus souvent d'une manière indépendante.

Une maladie particulière, propre aux nouveau-nés, a été appelée *œdème dur des enfans.* Nous ne pensons pas que personne soit tenté de la confondre avec une inflammation. En effet, les membres deviennent en même temps durs, froids, immobiles, et l'on a observé que cette affection coïncidait chez ces jeunes êtres avec des obstacles à la circulation, telles que des pneumonies plus ou moins intenses, etc.

4°. *Hémorrhagies.* Les organes affectés d'hémorrhagies éprouvent des changemens de texture assez analogues à ceux produits par l'inflammation. Dans notre *Essai sur la coloration rouge* (1), nous avons déjà donné

(1) *Revue Médicale*, mai et juillet 1825.

quelques caractères propres à faire distinguer ces deux affections; nous y ajouterons que la diminution de cohésion se manifeste beaucoup plus promptement dans l'hémorrhagie, parce que les tissus, brusquement distendus par l'abord du sang, sont alors facilement déchirés; ce qui donne même aux tissus affectés de cet état morbide un aspect particulier. On voit qu'ils ont été déchirés, des lambeaux flottent dans les caillots sanguins, comme cela se rencontre souvent dans l'apoplexie cérébrale. La consistance n'augmente pas non plus en raison de la quantité de liquides accumulés, parce que ces derniers ne se sont pas interposés lentement entre les lames des tissus, comme cela a lieu pour l'inflammation. Il est cependant un cas où nous pensons que la consistance de l'organe peut augmenter, c'est dans le moment de la congestion qui précède l'hémorrhagie; alors les élémens de l'organe sont, pour ainsi dire, refoulés, condensés, par la réplétion du système vasculaire. Et nous croyons que c'est à cette cause qu'est due l'augmentation de consistance que l'on rencontre souvent dans le cerveau, en même temps que la surface de sa coupe est sablée de points rouges sanguinolens; état anatomique qui correspond à celui qu'on connaît en pathologie sous le nom de *coup de sang*.

5°. *Altérations des fluides.* Quoiqu'il ne soit pas prouvé que le scorbut commence par l'altération des fluides, nous pensons cependant pouvoir le ranger sous ce titre; ce qui importe peu d'ailleurs, puisque nous avons à étudier ses effets et non sa cause. La friabilité des tissus est un des caractères essentiels de cette maladie, mais jamais elle n'est accompagnée de l'augmentation de consistance que nous avons remarquée pour l'in-

flammation; les caractères anatomiques de cette maladie ont beaucoup de rapport avec ceux des hémorrhagies, qui, d'ailleurs, l'accompagnent presque toujours; nous ne nous arrêterons donc pas plus long-temps sur ce sujet, qu'il suffisait d'indiquer.

Nous n'entreprendrons pas de signaler les différences qui existent entre les caractères de l'inflammation et ceux des dégénérescences variées qui peuvent affecter les organes; ce travail nous entraînerait trop loin, et n'aurait peut-être pas un caractère d'utilité très-marqué. Nous allons donc passer aux altérations de tissu que l'état cadavérique peut amener.

1°. *Congestions mécaniques après la mort.* Nous avons déjà insisté sur cet objet relativement aux colorations, et nous ne répéterons pas ce que nous en avons dit. Nous ferons seulement remarquer que la pesanteur des liquides ne peut réellement produire d'altération de tissu que dans les organes où une très-grande quantité de sang peut se déposer et s'interposer dans les interstices des tissus. Or, le poumon est l'organe qui se trouve spécialement dans ce cas; la densité de cet organe augmente certainement beaucoup alors; mais la perte de cohésion n'est nullement en rapport avec elle; ce qui peut faire distinguer cet état de celui qui résulte de l'inflammation, où la friabilité est très-marquée. Sans doute on pénètre plus facilement dans un poumon, siége d'une congestion cadavérique, que dans un poumon sain; mais il faut se garder d'attribuer cet effet à la diminution de cohésion du tissu pulmonaire; il n'a pour cause, en effet, que l'état de réplétion de ce tissu, qui, en lui ôtant sa flaccidité ordinaire, permet aux forces divisantes d'agir plus efficacement sur lui. En effet, si en le com-

primant dans l'eau, on le prive du liquide que la pesanteur y a accumulé, il reprend ses conditions normales, et n'est pas plus friable que le tissu sain.

2°. *Transsudations cadavériques.* Lorsqu'un organe, doué de peu de cohésion et de consistance, se trouve proche d'une collection de sérosité assez considérable, il peut en éprouver quelques modifications dans ses propriétés physiques. Ainsi, qu'une certaine quantité de sérosité soit épanchée dans les ventricules cérébraux, une partie pourra franchir le fragile obstacle de l'arachnoïde ventriculaire et s'épancher dans la substance cérébrale environnante où la pesanteur l'aura fait transsuder. De là ramollissement incolore du tissu encéphalique, dont la cause serait purement cadavérique, et que l'inadvertance pourrait faire prendre pour un état pathologique. Ici le ramollissement serait nécessairement toujours incolore, et plus à la partie la plus déclive de la tête, suivant la position du cadavre. Nous avons vu des cas dans lesquels cette explication était tout-à-fait admissible, et la possibilité du fait nous a engagé à ne pas passer sous silence cette cause de changement de texture, que chacun appréciera à sa juste valeur.

3°. *Putréfaction.* Cette cause, qui a pour principal effet de ramollir les tissus, n'agit pas aussi promptement sur les uns que sur les autres. Ainsi, tout le monde sait avec quelle rapidité l'encéphale perd sa consistance après la mort ; et ce fait est trop connu pour laisser commettre aucune erreur à cet égard. La membrane muqueuse intestinale se ramollit beaucoup moins promptement, et ce n'est qu'en même temps que d'autres signes de putréfaction se sont déjà manifestés dans le cadavre, qu'on

peut la rencontrer. M. Billard (1) s'est assuré de ce fait par des expériences directes. La plus simple attention peut donc suffire pour se garantir de toute méprise.

§. VIII. *Résumé.* Si nous passons rapidement en revue ce que nous avons dit dans ce travail, nous pourrons établir les propositions suivantes :

1°. L'inflammation détermine des changemens notables dans la densité, la cohésion et la consistance des organes qu'elle envahit.

2°. Les changemens de densité sont en raison directe du degré de cohésion dont le tissu jouit dans son état normal, et du rapport de densité qui existe entre les fluides congérés et les élémens constitutifs de l'organe.

3°. L'inflammation aiguë tend constamment à diminuer la cohésion des tissus, de là la *friabilité.*

4°. La consistance peut être modifiée en plus (*endurcissement*), en moins (*ramollissement*), en raison directe du degré de cohésion normale des organes et des changemens de densité.

5°. A une période avancée de l'inflammation aiguë, tous les changemens de ces trois propriétés sont en moins.

6°. Des différences d'aspect distinguent les changemens déterminés par les désorganisations *purulente* ou *sanguine.*

7°. La rapidité des changemens est, en raison directe de celle de la marche de l'inflammation qui la constitue, *aiguë*, *latente*, ou *chronique.*

---

(1) *Loco cit.*

8°. Dans les phlegmasies chroniques, la densité, la cohésion et la consistance augmentent souvent, au lieu de diminuer comme dans l'inflammation aiguë.

9°. Les colorations rouges accompagnent les changemens que détermine la première période de l'inflammation. Plus tard ces colorations s'altèrent diversement, suivant la marche que suit la maladie.

10°. Des changemens de texture peuvent exister sans colorations anormales, et cependant être attribuées à l'inflammation.

11°. L'hypertrophie se distingue de l'inflammation en ce qu'il y a augmentation de cohésion, sans les altérations qui accompagnent les phlegmasies chroniques.

12°. L'atrophie s'en distingue en ce qu'il y a diminution de volume.

13°. Les infiltrations séreuses, par la quantité de sérosité épanchée et les causes qui les ont produites.

14°. Les hémorrhagies, par un aspect particulier, la quantité de sang épanché qui n'est pas en rapport avec l'augmentation de densité et de consistance.

15°. Le scorbut, par ses caractères propres, joints à ceux des hémorrhagies.

16°. Les congestions cadavériques pulmonaires n'offrent pas la friabilité inflammatoire.

17°. La transsudation cadavérique d'une certaine quantité de sérosité épanchée dans les ventricules cérébraux, peut ramollir la substance encéphalique environnante.

18°. La putréfaction peut ramollir les tissus, mais alors ses autres signes la font reconnaître.

OBSERVATION

Sur un Empoisonnement, causé par une demi-once de Cantharides et non suivi de la mort;

Par M. JULIA-FONTENELLE.

Les substances dites vénéneuses exercent sur l'économie animale des effets qui ne sont pas toujours constans, et qui tiennent à cet état particulier qu'on connaît sous le nom d'*idiosyncrasie des sujets*. Ainsi, quoique le deutoxide d'arsenic (arsenic) et le deuto-chlorure de mercure soient des poisons très-violens, j'ai publié, dans les *Archives Générales de Médecine*, une observation faite sur un individu qui en avait pris plus de deux gros sans en être victime. *Cardan* parle d'un homme qui avala une once d'arsenic, et qui fut rendu à la vie (1). Les cantharides produisent aussi des effets qui ne sont pas toujours funestes, quoiqu'elles soient regardées comme un poison des plus meurtriers (2). Il est des personnes, il est vrai, que l'odeur seule de cet insecte a fortement incommodées, et d'autres qui ont été malades pour en avoir porté dans leurs poches (3); cer-

(1) *Cardan*, Contrad. Med., tract. 2.

(2) *Sextus Platonicus*, cap. v; *Galenus*, Spurii libri, liber de Simplic. Med.; *Santes Ardoynus*, de Venenis; *Mercurialis Lindestolpho*, idem; *Grivinus*, idem; *Stenzel*, Toxicologia; *Rhasis*, de Cantharidis; *G. Hoffman*, de Med. Off. Paralipomen.; *Bartholini*; Hist. Anat., cent. 5; *Langii Epist.*, lib. 1; Acad. Nat. curios. decur., ann. 7; Miscellanea Nat. curios., ann. 9 et 10; Ephem. Germ., ann. 9 et 10, etc.

(3) *Pascal*, in Method. curandi morb.; *Schomberg*, Man. pract.; *Agendorne*, Observ. 163.

tains en ont essuyé des suites fâcheuses pour en avoir touché (1). L'usage externe a produit aussi des accidens très-graves (2), et même la mort (3), tandis que l'on a vu quelques individus en prendre des doses assez fortes sans aucun danger. Dans la Haute-Hongrie, on administre jusqu'à dix cantharides par jour pour le traitement d'une sorte d'hydrophobie qui leur est propre (4): ce médicament produit chez les Hongrois des sueurs et des urines abondantes qui amènent d'heureux résultats. *Wilbrech* (5) fait mention d'une femme de trente-cinq ans, qui, quoiqu'elle en eût avalé un gros, fut rendue à la vie par un traitement convenable. *Lienet* a vu une autre femme qui en avait pris, par mégarde, environ trois gros, et qui fut également sauvée; mais elle resta aliénée (6). M. *Amoreux*, enfin, rapporte une observation très-intéressante d'une demoiselle, âgée de trente-cinq ans, phthisique et d'un tempérament très-délicat, à laquelle une de ses amies administra, par méprise, trois gros de cantharides en poudre. Comme la malade témoignait la plus grande répugnance pour prendre le prétendu médicament, son amie, pour l'y encourager, en avala une pincée; séduite par cet exemple, la malade prit le reste. Il en résulta deux événemens bien différens: le premier, c'est que celle-ci, malgré la haute

(1) *Zachias*, Quæst. Med. Leg.

(2) *Avicene*, lib. 4; *Riedlini Lineæ*, Med., ann. 4; *Solenander*, Consid. 2; *Wanderviel*, Observ. Rar., cent. 1; *Langius*, lib. 1; *Hildanus*, Observ. Chir.; *Zachias*, loco citato.

(3) Ephem. Germ. curios., ann. 7.

(4) Ephem. Nat. cur., ann. 9 et 10; *Spilemberger*, Observ. 133; *Manget*, Bibl. Med.

(5) *Forsten*, quæst. Med. Cantharid.

(6) Consult. 182.

dose de ce venin, n'éprouva que des ardeurs d'urine et quelques légères chaleurs au gosier, qui ne furent même combattues que vingt-quatre heures après, par les mucilagineux et le camphre, tandis que l'autre fut à toute extrémité (1). A cette curieuse observation je vais joindre la suivante.

Banot, garçon boucher, âgé d'environ vingt ans, d'une constitution très-robuste, veillait son maître, atteint d'une fièvre adynamique. Le malade devait avaler chaque deux heures une prise de deux gros de quinquina en infusion dans du vin. Banot, peu versé dans la connaissance des médicamens, au lieu de l'écorce du Pérou, met à infuser, pour la troisième prise, un paquet de demi-once de cantharides, qui était destiné pour faire un grand vésicatoire. A l'heure convenue, il lui présente le fatal fébrifuge; le malade rebuté par les trois paquets qu'il avait déjà pris, refuse obstinément celui-ci. Banot, pour lui inspirer plus de confiance pour le médicament, l'avale devant lui d'un seul trait et lui en prépare un autre. Un moment après, il se trouve atteint d'une ardeur d'urine très-forte, d'une vive chaleur au gosier, et d'un grand mal de tête. Il sort de la maison aussitôt; ces trois symptômes deviennent très-forts, et bientôt après il survient de grands vomissemens. Surpris de se trouver dans une si douloureuse position, il rentre chez lui et ne tarde pas à en reconnaître la cause. On le porte aussitôt à l'hôpital. MM. les docteurs Martin et Caffort, qui étaient de service, s'empressent de

(1) *Amoreux*, Assemblée publique de la Société Royale des Sciences, de Montpellier, 1780.

lui administrer six onces de bonne huile d'olives (1) et un bain tiède, qui le soulagèrent un peu; les vomissemens persistèrent. Le malade fut mis à l'usage du lait et des mucilagineux, tant en boisson qu'en lavemens, des embrocations émollientes et des pilules camphrées et nitrées. Le soir, c'est-à-dire huit heures après, pissement de sang très-douloureux. Le lendemain, il fut moins fort; mais l'ardeur d'urine, la chaleur du gosier et l'érection furent les mêmes. (*Bain tiède, embrocations, boisson et lavemens mucilagineux et avec le lait, six pilules.*) Le troisième jour, les vomissemens étaient peu fréquens, et les divers symptômes diminuèrent d'intensité. (*Même traitement.*) Le quatrième, les vomissemens disparurent, et il y eut un amendement très-sensible qui augmenta jusqu'au douzième jour. Pendant tout ce temps on mit les moyens précités en usage. Banot sortit le quinzième jour, et en rentrant chez lui il apprit la mort de celui qui n'avait échappé au fatal breuvage que pour être la proie du mal dont il était atteint. Depuis ce temps, Banot a resté plus de vingt ans sans éprouver la moindre indisposition. Cette observation, jointe à celle de M. *Amoreux*, démontre jusqu'à l'évidence que l'action des médicamens tient, comme nous l'avons déjà dit, à l'idiosyncrasie des sujets. Je pourrais rapporter aussi celle de *Gruma*, qui fut atteint d'un pissement de sang, et fut malade pendant huit mois pour avoir pris un médicament qui avait été préparé dans un mortier où l'on avait pilé des cantharides (2).

(1) Je n'ignore point que l'action de l'huile ne peut qu'être nuisible à cause de son action dissolvante du principe âcre des cantharides; mais j'ai dû rapporter le traitement tel qu'il a été fait.

(2) *Brassavolus*, in-8°. Aphorisme Hipp. et Gal., Comment.; *Schenkius*, Observ. Med.; *Zacutus Lusitanus*, de Princip. Med. Hist.

Nous devons conclure de ces faits que, dans les empoisonnemens, quelle que soit la dose de poison qu'on ait prise, il faut constamment recourir à un traitement méthodique, sans désespérer du succès.

OBSERVATION

Sur une Perforation faite par un Ascaride lombricoïde qui a causé la mort ;

Par M. FONTANEILLES.

Dans l'analyse de la traduction du *Traité Zoologique et Physiologique* de M. Bremser, sur les vers intestinaux de l'homme, publiée dans le cahier de janvier dernier de la *Revue Médicale*, M. de Blainville, auteur des Notes insérées dans cet ouvrage, combat avec raison l'opinion suivante de MM. Bremser et Rudolphi, que les ascarides lombricoïdes ne percent pas les organes digestifs, attendu, disent ces écrivains, que ces animaux sont privés d'organes propres à la perforation. M. de Blainville observe fort bien que les pointes cornues, ni des instrumens aigus ne sont pas nécessaires à ces insectes pour perforer les organes, puisque les vers de terre, qui ont leur bouche moins armée, font pourtant des trous profonds dans la terre. Quoique la comparaison que fait M. de Blainville soit juste, elle pourrait ne pas suffire pour persuader MM. Rudolphi et Bremser ; mais voici un fait qui prouve à l'évidence l'erreur de ces savans zoologistes. Je vais donner l'histoire complète de la maladie parce qu'il me paraît que par l'ensemble du diagnostic on pourrait, dans un cas semblable, reconnaître la pré-

sence du ver ; objet très-important et de première utilité, comme l'a judicieusement observé M. le docteur Amédée Dupau, auteur de l'analyse, qui a fait des reproches mérités à M. Bremser pour n'avoir pas assez parlé des phénomènes particuliers qui peuvent faire reconnaître la présence et le travail des vers intestinaux. J'ai recueilli ce fait, il y a huit ou neuf mois, au grand hôpital de Milan, en assistant aux visites de mon ami Henri Acerbi, médecin d'un grand mérite sous le rapport de la science, et qui paraît devoir être très-utile à l'art médical (1).

Jean-Baptiste Mantovani, âgé de treize ans, natif d'Opera, dans le Milanais, fut porté au grand Hôpital de Milan le 25 avril 1824 ; il était atteint depuis onze jours de mouvemens convulsifs du bras et de la jambe du côté droit, sans perte de sensibilité. Il avait le pouls très-peu agité ; la figure était animée, la peau très-moite et la chaleur presque naturelle. L'enfant, d'ailleurs bien conformé, paraissait être robuste ; les convulsions avaient lieu quelquefois fréquemment et avec violence, et quelquefois elles étaient éloignées et faibles ; parfois elles n'avaient lieu qu'au bras ou à la jambe. Avant la visite, les infirmiers avaient observé que le malade avait des

(1) M. le docteur Acerbi, qui n'est pas seulement médecin du grand hôpital de Milan, mais aussi professeur d'Histoire Naturelle, et membre de l'Institut de cette ville, est auteur de plusieurs ouvrages de médecine, entre autres d'un volume d'Observations cliniques faites dans les salles du grand Hôpital, et d'une Monographie complète de la fièvre pétéchiale, ouvrage dans lequel on reconnaît l'homme de génie, le savant, et même le littérateur distingué. Cet ouvrage est bien digne d'une traduction française. J'en ai donné l'analyse dans la *Revue Médicale*, cahier de juillet 1823.

accès d'épilepsie de courte durée. La mère raconta que les premières convulsions l'avaient réveillée en sursaut la nuit, l'enfant pensant voir un gros chien s'élancer sur lui pour le dévorer. Avant ce moment, il n'avait rien éprouvé, et se portait fort bien. C'est tout ce qu'il fut possible de recueillir. Le malade ne pouvait répondre à aucune interrogation; il était dans un état de stupeur et d'assoupissement qui lui permettait à peine de faire avec la tête les signes d'approbation ou de négation aux questions qu'on lui adressait. M. le docteur Acerbi crut d'abord que la maladie était la danse de Saint-Guy; mais à la deuxième visite, il reconnut une éclampsie très-grave. L'enfant avait la langue couverte de mucosités. Embarrassé sur la cause et le siége particulier de cette maladie, ce praticien prit le parti prudent de combattre d'abord la trop grande excitation générale qu'indiquaient les symptômes. Il prescrivit *trois grains de tartre stibié dans quatre onces d'eau, et la décoction de tamarins* pour tisane. Le lendemain, 26 avril, douzième jour de la maladie, il n'y avait eu ni vomissement ni selles; l'enfant était dans le même état. (*Six grains de tartre stibié dans six onces d'eau*), qui, par erreur, furent avalés d'un seul trait, et qui ne produisirent d'autre effet sensible qu'une selle. Le 27, l'état de spasme était le même; la fièvre était devenue forte, la chaleur de la peau plus intense, la figure plus animée; les yeux étaient luisans, injectés, tournés, et souvent à demi fermés; il y avait sueur générale abondante, la respiration était courte et pénible, sans toux. (*Quatre grains d'émétique dans une livre d'eau; une saignée de dix onces.*) Le 28, le sang était sans couenne et peu séreux; point de vomissement,

quelques selles. Les convulsions étaient plus fréquentes, les accès épileptiques plus rapprochés; la fièvre avait encore augmenté; les sueurs étaient continuelles; les fonctions intellectuelles paraissaient être nulles; il y avait assoupissement léthargique. (*Dix-huit sangsues aux tempes; un scrupule de gomme gutte mêlée avec autant de calomélas, partagé en dix prises égales*, à faire prendre une de trois en trois heures.) Le 29, l'enfant avait avalé quatre doses de la prescription de la veille; il avait été deux fois à la selle. Son état empira, et il mourut dans la nuit du 30 avril, au seizième jour de la maladie.

Autopsie du cadavre. J'étais présent à l'ouverture. L'extérieur du corps ne présentait rien de remarquable.

Intérieur du crâne. La dure-mère était très-injectée d'un sang rouge vif, et adhérente dans divers points; particulièrement près de la grande faux; on voyait un peu de sérosité limpide sous l'arachnoïde, ainsi que quelques points d'albumine coagulée; la substance du cerveau, du cervelet et de la moelle alongée, était saine; on n'y remarquait que l'injection des vaisseaux sanguins. Nous ne trouvâmes aucune cavité gorgée de sang.

Intérieur de la poitrine. Les poumons étaient fortement injectés, et ressemblaient en cela à ceux des herbivores qu'on vient d'égorger; la plèvre adhérait fortement, et dans une grande étendue, avec les côtes. Nous trouvâmes aussi quelques adhérences au péricarde; il n'y avait aucun épanchement séreux; le cœur était sain et vide; le médiastin était aussi adhérent à la plèvre.

Intérieur de l'abdomen. Le tube digestif fut plus digne d'attention; nous trouvâmes dans l'estomac plusieurs vers lombrics qui paraissaient avoir conservé un

reste de vitalité; les membranes de cet organe ne présentaient aucun signe d'inflammation; elles étaient très-saines; l'intérieur du duodénum était tapissé d'une matière mucoso-bilieuse de couleur jaune brun; la muqueuse était très-injectée et offrait les phénomènes d'une vraie inflammation. Nos recherches attentives nous firent découvrir un ver lombric de six pouces de longueur sur deux lignes au moins de diamètre, qui avait passé dans le canal cholédoque, et qui, en le déchirant, avait pénétré jusqu'à la réunion du conduit cystique avec l'hépatique, qu'il avait percé, et dont il était sorti de la longueur d'un pouce. La vésicule du foie était très-dilatée et pleine de bile visqueuse et d'un vert foncé. Les parties qui entouraient la vésicule étaient fortement colorées par la bile; on y distinguait des taches de couleur jaune foncé; on aurait dit que la bile était passée par transsudation de la vésicule aux parties voisines, ne pouvant pas sortir librement par le canal cholédoque; le parenchyme du foie était sain; l'extrémité inférieure du duodénum, ainsi que quelques portions des autres intestins grêles, étaient injectées et contenaient un certain nombre de lombrics; les gros intestins n'en avaient pas, ils étaient dans l'état naturel. Le tube digestif, qui contenait en tout vingt lombrics, était distendu par un gaz fétide. La rate, le pancréas, les reins, la vessie et les autres organes du bas-ventre étaient dans l'état naturel.

Réflexions.

L'autopsie du cadavre a montré avec évidence la cause première et matérielle de la maladie. L'enfant était sain et robuste; il s'était couché très-bien portant, et tout-

à-coup il se déclara des symptômes violens qui ne cessèrent d'augmenter jusqu'à la mort, quoique combattus par des moyens énergiques et indiqués. N'y avait-il pas lieu de soupçonner la présence d'une cause particulière constamment active ? Ce qu'il y avait de plus difficile à reconnaître était le siége de cette cause. Je conviens que dans des cas pareils, le plus habile médecin peut errer. On peut du moins en inférer qu'il n'y a que la pratique longue et étendue de l'observateur judicieux qui puisse laisser espérer de découvrir certaines causes occultes. Le médecin qui peut réaliser cet espoir, éprouve, il est vrai, le désir impuissant de les détruire, lorsqu'elles sont analogues à celles dont je viens de parler ; mais aussi il reste en sa faveur, et pour l'honneur de la médecine, un pronostic terrible qui le justifie.

Un phénomène qui me paraît intéressant, et qui doit fixer l'attention des expérimentateurs à vivisection, c'est l'affection nerveuse des membres du côté correspondant au siége principal de la maladie. Les premiers nerfs fortement irrités furent nécessairement ceux du canal cholédoque ; tous les autres l'ont été par consensus. Le rêve effrayant de l'enfant a été l'effet du consensus, produit par les premiers efforts du ver dans le canal cholédoque. Ce consensus dut s'étendre sans doute de suite au cerveau et à la moelle épinière, ou bien il commença par ce dernier organe, puisque l'éveil de l'enfant fut accompagné de convulsions aux membres du côté droit. Je laisse à d'autres ce problème à résoudre ; je me borne à dire que la mort a été, pour le moins, autant le résultat de l'action consensuelle que de l'action locale.

Ce cas offre aussi des moyens de faire ressortir l'er-

reur de la doctrine prétendue physiologique. Si ses partisans veulent réfléchir sur l'ensemble des symptômes qui ont eu lieu, et sur la rapidité de leurs progrès, comparés à l'état pathologique des organes, et faire abstraction de leur croyance, ils ne pourront méconnaître que l'inflammation locale, au lieu d'être la cause essentielle de la maladie, n'en a été qu'un des effets, et que les symptômes nerveux qui ont prédominé n'étaient pas dépendans de la phlegmasie de la muqueuse du duodénum, mais qu'ils exprimaient, comme elle, un grand trouble par consensus. Si ceux d'entre les médecins de la nouvelle doctrine physiologique, qui ne sont pas de simples imitateurs, rentrent en eux-mêmes, ils reconnaîtront que presque toujours, dans cette doctrine, l'effet immédiat est pris pour la cause matérielle.

OBSERVATION

De Hernie Crurale étranglée avec inflammation;

Par M. Ducasse fils.

S'il est une maladie où la nécessité d'agir soit plus généralement reconnue, c'est sans contredit l'étranglement des hernies avec inflammation. Le moindre retard peut devenir funeste. Après avoir employé avec précaution les moyens capables de rétablir la continuité du tube intestinal par la rentrée des parties herniées, un praticien prudent ne doit point hésiter à faire l'opération, et si le succès n'accompagne pas toujours ses efforts, il trouve du moins une consolation suffisante dans la certitude d'avoir rempli toutes les obligations que son art lui a imposées.

Il s'en faut cependant de beaucoup que l'opérateur soit toujours placé dans des circonstances aussi favorables. Le plus souvent l'étranglement existe depuis très-long-temps. On a épuisé contre lui tous les remèdes imaginables. La pression du taxis n'a pas été faite avec les ménagemens qu'elle exige, et les parois intestinales, meurtries, contuses, sont déjà voisines de la mortification. Le danger augmente encore si les accidens se sont manifestés depuis plusieurs jours; si le malade, éloigné d'un médecin éclairé, n'a pas pu recevoir les seuls secours qui lui convenaient, et si l'on a perdu des heures irréparables à de vaines applications. Telle est la situation où je me suis trouvé dans un cas d'étranglement de hernie, dont je vais tracer l'histoire, et qui, par les circonstances dont il a été environné, par les succès qui ont couronné une opération faite en désespoir de cause, et par les phénomènes intestinaux qui l'ont suivie, m'a paru devoir fixer l'attention.

Madame S...., âgée de cinquante ans, d'une constitution bilioso-nerveuse, était sujette depuis son enfance à une constipation opiniâtre. Vingt jours entiers se passaient sans aucune évacuation alvine, et ce n'était le plus souvent qu'après de violens efforts et des lavemens stimulans, qu'elle rendait des matières fécales extrêmement durcies. C'est sans doute au milieu de ces contractions abdominales, comparées souvent par la malade à celles produites par l'accouchement, qu'une portion d'intestin s'échappa à travers l'arcade crurale. Des coliques vives se firent aussitôt ressentir; l'abdomen devint douloureux; des envies de vomir se déclarèrent : mais ces accidens, survenus au moment où Madame S... était éloignée de Toulouse, furent simplement attribués à

l'influence des nerfs et à un commencement d'entérite. Les sangsues, les cataplasmes émolliens, les bains furent vainement employés à les combattre; et telle était la rapidité de leur marche, que les matières fécales parurent bientôt, et qu'alors la cause qui les produisait fut réellement soupçonnée. L'examen de la région crurale gauche, où se dessinait une tumeur irréductible, ne laissa plus aucun doute. Les médecins consultés ne voulurent pas cependant entreprendre une si grave opération. Aucun d'eux n'osa prendre sur lui la responsabilité du traitement d'une maladie dont le bruit s'était déjà répandu dans toute la contrée, et tous réclamèrent une main moins timide. Il fallait néanmoins perdre encore deux jours en essais inutiles, et quelque diligence que je mis à me rendre à Aix, il y avait cent vingt-cinq heures que l'étranglement existait, lorsque j'arrivai auprès de la malade.

On peut facilement juger de l'état dans lequel je dus la trouver, d'après les altérations qui avaient surpris ses principaux organes. Elles étaient si prononcées, que j'eus de la peine à reconnaître Madame S.... Sa figure était absolument celle d'un cadavre; le pouls était presque insensible; la peau froide et recouverte d'une sueur glutineuse; l'abdomen distendu outre mesure, douloureux à la pression; les urines et les selles supprimées, et les vomissemens bilieux, noirâtres et fétides, extrêmement abondans. La tumeur herniaire commençait même à s'enflammer : elle était de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse au toucher, et ayant jusqu'alors opposé à la réduction une résistance invincible.

L'ensemble de tous ces symptômes alarmans, l'existence d'un étranglement qui durait déjà depuis cinq

jours, ne me laissaient que peu d'espérance. Je fis part de mes craintes aux parens de la malade et aux médecins que je trouvai auprès d'elle. Mais certain qu'elle n'avait que quelques heures à vivre, si on restait dans une expectation funeste, je n'en conseillai pas moins l'opération, comme la seule ressource que nous avions dans ces pénibles circonstances.

Elle fut pratiquée avec assez de promptitude et sans aucun contre-temps. La ligature de l'artère honteuse nous prémunit contre l'hémorrhagie, et une portion d'épiploon, dont la présence avait garanti l'intestin d'une compression immédiate, m'ayant paru tout-à-fait gangrénée, j'en fis la résection aussi près que possible de l'arcade crurale. Alors les parois du tube digestif se montrèrent à nu. Leur couleur était noire, mais leur consistance assez forte. Leur rentrée dans l'abdomen ne me parut pas devoir être nuisible, et je pensai que la douce chaleur des viscères et l'humidité constante de cette cavité seraient les meilleurs topiques contre l'inflammation. Pendant l'opération, qui dura cinq minutes, y compris le pansement et la réunion des parties par première intention, les vomissemens reparurent deux fois et furent très-abondans.

Dans la vue cependant de faciliter le cours des matières fécales, de prévenir leur congestion au-dessus de la portion intestinale qui avait formé la hernie, et de redonner à cette dernière le mouvement péristaltique que l'inflammation de ses parois lui avait fait perdre, je fis prendre en deux fois à la malade deux onces d'huile de ricin. Ce ne fut que vers les neuf heures du soir, c'est-à-dire huit heures après l'opération, que les évacuations alvines commencèrent : elles continuèrent

toute la nuit, chargées d'huile qui surnageait à une matière bilieuse et noirâtre. Les vomissemens cessèrent entièrement; le pouls semblait à mesure moins faible et moins concentré; le bas-ventre moins douloureux; la soif toujours très-intense; et quoique la malade fût très-agitée, il y eut cependant un peu de sommeil.

Le lendemain, les évacuations alvines continuèrent, mais il s'y joignit des vomissemens de matières verdâtres, mêlées d'huile. Le bas-ventre fut plus tendu, plus sensible à la pression; les urines s'arrêtèrent, et ce ne fut qu'au moyen de la sonde, des fomentations et des cataplasmes émolliens, que le calme se rétablit.

Pendant deux jours les accidens perdirent encore de leur intensité. Le pouls reprit sa force, sa régularité; la face, sa sérénité habituelle; le ventre plus de souplesse; les évacuations alvines reprirent leur cours naturel au moyen de lavemens savonneux, et la levée de l'appareil laissa voir la plaie cicatrisée dans presque toute son étendue. Un léger abcès, formé dans le tissu cellulaire de l'angle inférieur, en retarda seulement de quelques jours la consolidation parfaite. Dès-lors aucun phénomène ne troubla la marche de la guérison. On permit peu à peu une alimentation plus substantielle, et trois semaines après, Madame S.... a pu supporter un long voyage, et se rendre à sa maison de Saverdun pour y achever sa convalescence.

Il serait inutile, sans doute, de s'arrêter plus long-temps à cette opération, qui n'offre rien de remarquable sous le rapport de l'exécution, mais qu'un prompt succès a suivie par une de ces bizarreries si communes dans les maladies de ce genre. Tel est, en effet, le résultat de la pratique des plus grands chirurgiens, que ce même suc-

cès dépend moins de l'habileté de l'opérateur que des circonstances particulières qui l'environnent. Un étranglement pris au moment même de son apparition, chez un sujet bien constitué, ne laisse quelquefois que la mort à sa suite; tandis que, dans d'autres cas, la maladie négligée, pou méthodiquement traitée, se termine naturellement par de simples dépôts de matières fécales, et l'établissement momentaué d'un anus artificiel; ou bien opérée, quand tout semblait annoncer une terminaison fâcheuse, parvient à une parfaite guérison. Un seul succès alors doit encourager le praticien : il ne doit jamais se méfier ni des ressources de la nature, ni des soins qu'il va prodiguer, et s'il est jamais autorisé à faire l'application du précepte de Celse, c'est bien dans le cas dont il s'agit et en présence d'accidens aussi formidables.

Mais si cette opération mérite peu de fixer l'attention par elle-même, peut-être il n'en est pas ainsi du phénomène qui l'a accompagnée. On se rappelle, en effet, que Madame S.... était habituellement constipée; que le plus souvent les évacuations alvines, pour avoir lieu, exigeaient un secours étranger. Eh bien! par les changemens organiques que l'inflammation a déterminés, les viscères abdominaux jouissent de mouvemens plus faciles. Les selles, depuis huit mois, sont régulières : chaque jour ou chaque deux jours la malade éprouve le besoin de les rendre, à peine quelques lavemens sont nécessaires, et le régime plus régulier qu'elle observe depuis son accident contribue également pour beaucoup à cette amélioration. L'état d'inertie où était plongé le tube digestif s'est dissipé sous l'influence de la phlogose, et l'irritation maladive, en modifiant les propriétés vitales, rend plus faciles et plus rapides les mouvemens de la digestion.

OBSERVATIONS

Sur des Coliques saturnines produites par le carbonate de plomb, traitées infructueusement par les antiphlogistiques, et guéries par le traitement de la Charité;

Par M. MIRAMBEAU.

Le 5 février 1824, je fus appelé chez M. H***, demeurant rue Saint-Antoine, n°. 253. Je trouvai le père et les deux enfans éprouvant depuis le milieu de janvier à-peu-près les mêmes symptômes : ces accidens étaient survenus depuis qu'ils avaient fait raccommoder une fontaine en cuivre dans laquelle leur eau était renfermée. Cette eau ayant été recueillie dans une bouteille, et analysée par M. Lecocq, directeur de la raffinerie des poudres et salpêtres de Paris, il trouva qu'elle ne contenait aucune substance métallique en dissolution, mais que le dépôt qui s'y était formé contenait une quantité considérable de plomb à l'état de carbonate. Ce sel devait provenir, suivant lui, des soudures faites à la fontaine pour la raccommoder, attendu que l'amalgame est formé d'une partie d'étain et de deux parties de plomb.

Ire. OBSERVATION.

Mademoiselle H***, âgée de trente-cinq ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux, éprouvait depuis le 20 janvier 1824 des coliques qui devinrent de plus en plus vives; elles étaient accompagnées de nausées et de vomissemens, de constipation et d'in-

somnie. Ces accidens allèrent toujours en croissant jusqu'au 5 février.

Le 5 février, coliques extrêmement violentes à l'épigastre et dans les régions iliaques; ventre très-douloureux à la moindre pression, abdomen enfoncé; langue couverte d'un enduit verdâtre; l'air expiré répandait une odeur métallique insupportable; pouls petit, lent; froid glacial aux pieds et aux mains; facies pâle exprimant la plus vive souffrance, yeux ternes. (*Vingt sangsues, huit à l'épigastre et six sur chaque région iliaque; fomentations émollientes sur le ventre; sinapismes aux pieds, orge gommé, looch gommeux, demi lavemens émolliens.*) Le soir, le froid des extrémités inférieures est un peu diminué. (*Lavement avec l'huile de noix fraîche et dix gouttes de laudanum de Rousseau.*)

Le 6, même état. (*Vingt sangsues sur le ventre; émulsion d'amandes.*) Le soir, le froid des pieds est tellement grand, que la malade ne les sent plus; plusieurs vomissemens dans la soirée. (*Eau gazeuse, frictions sur le ventre avec un liniment calmant.*) Dans la nuit, apparition des règles.

Le 7, coliques moins vives, moins de vomissemens; abdomen moins rétracté, urines rares, le froid des membres a disparu. (*Même prescription.*)

Le 8, les règles s'arrêtent dans le courant de la journée, et le soir, les accidens reparaissent avec beaucoup d'intensité; la constipation continue. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Le 9, les coliques étaient extrêmement vives, nausées, vomissemens, constipation; l'haleine est toujours métallique.

Le 10, même état. (*Huile de ricin, trois onces.*)

Quelques selles eurent lieu, accompagnées de longues syncopes. Le soir, *potion calmante.*

Le 11, les accidens sont toujours les mêmes, le froid des pieds est toujours aussi vif. (*Potion et lavement calmans.*)

La maladie résistant au traitement antiphlogistique uni aux calmans, je fis suivre à la malade le traitement de la Charité.

Le 12, la malade éprouvait les mêmes accidens, tels que coliques vives à l'épigastre et aux régions iliaques ; sensibilité de tout le ventre, nausées, vomissemens, haleine métallique, froid glacial aux extrémités. (*Administration d'un lavement purgatif et de la tisane laxative*) ; évacuation de matières noirâtres épaisses. Le soir, *thériaque, opium.*

Le 13, douleurs épigastriques moins vives, elles sont les mêmes aux régions iliaques. (*Deux grains d'émétique dans deux verres d'eau tiède, tisane sudorifique.*) Le soir, *thériaque, opium.* Une heure après avoir pris ce médicament, elle est prise d'un délire violent.

Le 14, le délire est calmé, les douleurs aux régions iliaques et le froid aux extrémités sont moindres. (*Tisane sudorifique purgative ; lavement purgatif.*) Le soir, *thériaque.*

Le 15, sommeil la nuit, l'haleine est moins fétide ; plusieurs selles. (*Tisane sudorifique simple.*) Le soir, *thériaque*, cependant délire la nuit.

Le 16, le délire est de nouveau calmé ; des coliques se font encore sentir, mais de loin en loin ; ni nausées, ni vomissemens ; abdomen moins rétracté. (*Purgatif des peintres ; décoction de gayac* composée ; *lavement d'huile et de vin*) ; évacuations abondantes.

Le 17, les extrémités ont repris leur chaleur naturelle, l'haleine n'est plus de mauvaise odeur. (*Tisane sudorifique laxative, lavement purgatif.*) Le soir, *lavement avec l'huile et le vin, thériaque.*

Le 18, les coliques n'existent plus. (*Purgatif des peintres, tisane sudorifique.*) Le soir, *thériaque.*

Du 18 au 26, la malade fut remise peu-à-peu aux alimens; elle fit usage pendant ce temps de la tisane sudorifique simple et de quelques lavemens purgatifs.

IIe. Observation.

M. H*** fils, âgé de quarante ans, d'une constitution grêle, est atteint, vers le 20 janvier 1824, d'une chaleur brûlante à la bouche, de gonflement aux gencives, avec saignement et ébranlement des dents; déglutition difficile, coliques vives, nausées, vomissemens, constipation; il fait usage des boissons adoucissantes, et observe une diète sévère sans qu'il résulte aucun amendement dans les symptômes. Même état et même traitement jusqu'au 5 février, époque à laquelle je lui donnai mes soins.

Le 5 février. Coliques vives à l'épigastre avec enfoncement de l'abdomen; nausées; vomissemens, constipation; chaleur brûlante à la bouche, gonflement des gencives; haleine fétide, répandant une odeur métallique; insomnie la nuit, crampes dans les mollets. (*Tisane de gomme, lavemens émolliens, cataplasme sur le ventre; potion calmante* le soir.)

Les 6 et 7, mêmes symptômes et même traitement.

Le 8, spasmes convulsifs des membres inférieurs et du crémaster. (*Looch gommeux, même boisson, bains tièdes, la vemens émolliens.*)

Le 9, même état. (*Eau gazeuse.*)

Les 10 et 11, même état, même prescription; chaque soir on administre un lavement avec six gouttes de laudanum de Rousseau.

Le 12, commencement du traitement de la Charité. (*Lavement purgatif*, *tisane laxative*; dans la journée plusieurs vomissemens, évacuation de matière noirâtre. Le soir, *lavement avec l'huile d'olives et le vin rouge*, *thériaque*, *opium*.)

Le 13, moins de coliques, les spasmes convulsifs des membres inférieurs et du crémaster sont moindres. (*Deux grains d'émétique*, *tisane sudorifique*, *lavement anodin*, *thériaque*, *opium*.) Deux selles, plusieurs vomissemens.

Le 14, bouche mauvaise, pâteuse, ventre plus enfoncé, oppression, urines rouges et rares, moins de spasmes musculaires. (*Tisane sudorifique purgative*; *tisane sudorifique simple*, *lavement purgatif.*) Le soir, *thériaque*, *opium*. La nuit, oppression très-grande, violente agitation.

Le 15, douleur à l'épigastre, sentiment de brûlure à l'anus à chaque évacuation. (*Potion laxative*, *tisane sudorifique*, *thériaque*, *opium*.)

Le 16, *huile de ricin*; évacuation abondante.

Le 17, les douleurs épigastriques ont cessé, les coliques moins vives se font sentir à la région ombilicale; les spasmes des mollets existent encore, l'haleine est moins fétide.

Les 18 et 19, le malade, se trouvant mieux, me demande avec instance qu'on suspende tout médicament.

Les 21, les douleurs abdominales ont reparu avec une intensité nouvelle; froid glacial aux pieds et dou-

leur brûlante aux jambes. (*Tisane sudorifique purgative*, *tisane sudorifique simple*, *lavement avec l'huile et le vin.*) Le soir, *thériaque*, *opium*; évacuation de matières noirâtres.

Le 22, les coliques sont diminuées ainsi que la douleur des jambes et le froid des pieds; légère moiteur; besoin fréquent d'uriner. (*Tisane de chiendent et de sureau*; *lavement purgatif*; *thériaque*, *opium.*) La nuit, insomnie opiniâtre, étouffemens.

Le 23, le ventre est douloureux au toucher, langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Dix-huit sangsues à l'anus*, *petit-lait émétisé*); vomissemens, plusieurs évacuations alvines très-noires.

Le 24, nul changement.

Le 25, ventre moins douloureux au toucher, haleine moins forte, les extrémités ont leur chaleur naturelle. (*Petit-lait.*)

Le 26, même état, même traitement.

Le 27, encore quelques douleurs, point d'évacuations. (*Petit-lait émétisé*); plusieurs selles.

Le 30, les coliques ont entièrement cessé et le malade entre en convalescence.

IIIe. Observation.

M. H*** père, âgé de soixante-onze ans, éprouvait depuis le 15 janvier des nausées, des vomissemens, des coliques vives à la région ombilicale; elles sont accompagnées tantôt d'un froid glacial aux extrémités, tantôt de chaleur spontanée, et quelquefois de syncopes.

Le 5 février, je le trouvai dans l'état suivant : langue jaunâtre, nausées; quelques vomissemens, coliques vives à la région ombilicale avec rétraction du ventre,

constipation ; l'haleine répand une odeur métallique extrêmement forte ; douleurs atroces dans les muscles des jambes avec mouvemens convulsifs ; froid glacial aux pieds. (*Diète, eau d'orge gommée, lavemens émolliens.*) Ce traitement, combiné avec les calmans, et suivi avec régularité pendant plusieurs jours, n'ayant produit aucune amélioration dans les symptômes, le malade fut soumis au traitement de la Charité le 12 février.

Le 12 février, même état que ci-dessus. (*Tisane laxative, lavement purgatif ; thériaque, opium.*) Le soir, plusieurs selles dans la journée.

Le 13, langue moins jaune, moins de coliques. (*Tisane sudorifique, deux grains d'émétique*) ; vomissemens abondans, plusieurs évacuations alvines. Le soir un peu de moiteur.

Le 14, moins de douleurs aux mollets, la rétraction du ventre est moindre. (*Tisane sudorifique purgative pour le matin ; tisane sudorifique simple, lavement purgatif, thériaque, opium.*)

Le 15, les coliques ne se font plus sentir que par intervalles ; l'odeur métallique de l'haleine est moins forte ; le malade éprouve moins de froid aux extrémités. (*Purgatif des peintres, tisane sudorifique, thériaque, opium.*)

Le 18, même état. (*Tisane laxative, lavement anodin ; le soir, thériaque, opium.*)

Le 17, les douleurs du ventre n'existent plus, mais le malade éprouve des douleurs épouvantables aux malléoles ; les extrémités ont repris leur chaleur naturelle. (*Purgatif des peintres, tisane sudorifique, lavement anodin, thériaque, opium, liniment fortement opiacé sur les malléoles.*)

Le 21, les douleurs aux malléoles sont calmées, l'appétit se montre. Huit jours après le malade se porte très-bien.

IIe. ANALYSES D'OUVRAGES ET EXTRAITS.

De la Membrane muqueuse gastro-intestinale, *dans l'état sain et dans l'état inflammatoire*, ouvrage couronné par l'Athénée de Médecine de Paris; par C. Billard (1).

Malgré les nombreuses recherches publiées depuis quelques années sur l'anatomie pathologique du canal intestinal, cet intéressant sujet était loin d'être épuisé: il restait encore beaucoup de points à éclaircir, beaucoup de questions à discuter. Le nouveau travail de M. Billard est plus complet, plus étendu qu'aucun de ceux de ses prédécesseurs; il a su profiter des matériaux déjà rassemblés par ceux-ci, et il y a ajouté un grand nombre de faits bien observés et sagement interprétés.

Il y a quelques années, l'état sain du canal intestinal n'était que très-mal connu. Dans un travail publié en 1821, j'essayai d'éclairer ce point obscur, et j'arrivai à ce résultat, savoir, que la membrane muqueuse gastro-intestinale, dans son état normal, a une couleur blanche qui rougit légèrement pendant l'acte de la digestion. A-peu-près à la même époque, et plus récemment, d'autres observateurs émirent la même opinion. Aujourd'hui, M. Billard vient encore l'appuyer de nouveaux faits; mais

(1) Un vol. in-8°. Prix, 7 fr. Chez Gabon et Cie.

poussant ses recherches plus loin que ses devanciers, il présente une série d'observations propres à faire connaître les différences que la membrane muqueuse intestinale, même dans l'état sain, peut offrir dans les différens âges. Il résulte de ses recherches que, pendant le cours de la vie intra-utérine, par suite de la grande activité de la circulation abdominale, la tunique interne du tube digestif offre une coloration rose, et qu'au-dessous de cette tunique existent dans l'état normal de nombreuses ramifications vasculaires. Cette teinte rose diminue après la naissance; alors la surface interne de l'intestin est d'un blanc laiteux; elle sécrète une quantité de mucosité plus grande que dans les âges suivans. Ce dernier fait, vaguement annoncé depuis long-temps, mais bien constaté pour la première fois par M. Billard, n'est pas sans importance, parce qu'il peut servir à rendre compte de plusieurs maladies de la première enfance, dans lesquelles on remarque, comme un des phénomènes les plus saillans, une abondante sécrétion de matières muqueuses à la surface des membranes de ce nom; ce même fait peut aussi exercer quelque influence sur la thérapeutique. A mesure qu'on approche de l'âge adulte, et surtout à cet âge, dit M. Billard, la coloration de la membrane muqueuse prend une nuance légèrement cendrée; chez le vieillard elle s'amincit, devient un peu grisâtre, plus sèche, plus transparente, et semble sécréter moins de mucosités. Ce qu'il est aussi important de noter, c'est que, comme chez beaucoup de vieillards, la circulation veineuse éprouve une gêne habituelle, le sang des ramifications de la veine porte stagne, ou du moins marche plus lentement dans l'épaisseur des tuniques intestinales, d'où résule la présence de gros vaisseaux

bleuâtres, plus ou moins ramifiés, au dessous de la membrane muqueuse. Sous ce rapport, il me semble qu'il y a une sorte de rapprochement à faire entre l'état du canal intestinal chez le très-jeune enfant et chez le vieillard. Dans ces deux extrêmes de la vie, on observe également une injection sous-muqueuse des intestins beaucoup plus prononcée que dans la jeunesse et dans l'âge moyen. Mais la cause de cette injection n'est pas la même : dans l'enfance, elle dépend de la grande quantité de vaisseaux qui pénètrent tous les tissus, et de l'activité de la circulation. Dans la vieillesse, cette injection reconnaît en quelque sorte des causes plus mécaniques, et elle peut être souvent liée à l'embarras de la circulation veineuse.

M. Billard a également constaté ce qui a déjà été dit par plusieurs auteurs, savoir, que pendant l'acte de la chimification, la membrane muqueuse de l'estomac prend une teinte rose qu'elle n'a point dans d'autres momens.

Les conclusions de M. Billard, relativement à l'état sain du canal intestinal, se trouvent encore confirmées par les recherches que j'ai récemment entreprises sur les intestins des chevaux, conjointement avec M. Dupuy, professeur à l'Ecole d'Alfort, et d'autres membres de l'Académie de Médecine. On ne peut donc plus douter maintenant que la couleur de l'état sain de la membrane muqueuse intestinale ne soit blanche, cette couleur blanche étant d'ailleurs légèrement modifiée, 1°. suivant les âges ; 2°. suivant les temps de la digestion. Si donc, chez les individus morts d'accidens, chez les animaux soumis aux expériences physiologiques, on a trouvé une assez vive rougeur en divers points du canal alimentaire, on ne peut rien conclure de ces faits, si ce n'est que cette rou-

geur n'était pas l'état sain, mais qu'elle indiquait, suivant sa nature, ou une inflammation, ou une simple congestion active ou passive, ou une hémorrhagie sous-muqueuse, etc.

Une membrane muqueuse blanche n'est pas d'ailleurs pour cela une membrane saine. Cette blancheur peut coïncider avec un ramollissement plus ou moins considérable de son tissu ; elle peut coïncider avec une altération de sécrétion qui ne permet pas de révoquer en doute l'existence d'un état pathologique de la membrane à la surface de laquelle s'opère cette sécrétion. J'en ai cité ailleurs plusieurs exemples. (1)

Il est un élément anatomique des membranes muqueuses qui doit fixer d'une manière toute particulière l'attention des médecins qui s'occupent d'anatomie pathologique ; ce sont les cryptes ou follicules. Susceptibles de s'enflammer, de s'altérer isolément, ces petits corps peuvent donner lieu à divers genres de lésions non moins remarquables par leur apparence, par leur forme, que par les symptômes qui en résultent. Persuadé avec tous les bons esprits que les recherches d'anatomie pathologique ne peuvent être exactes et utiles, qu'autant qu'elles sont basées sur une connaissance approfondie de l'état sain, M. Billard s'est appliqué à décrire avec soin les follicules intestinaux dans leur état normal. Sous le rapport de leur forme, de leur grandeur, de leur nombre, de leur état d'agglomération ou d'isolement, ces follicules présentent beaucoup de variétés : 1°. suivant les parties du canal intestinal où on les examine ; 2°. suivant les âges ; 3°. suivant les individus eux-mêmes, toutes choses étant égales d'ailleurs. On lira avec intérêt

(1) *Clinique Médicale*, tom. I, pag. 425. — Tom. 2, pag. 3.

le chapitre consacré à leur description anatomique. Un des plus remarquables ouvrages d'anatomie que nous aient transmis les Anciens, est d'ailleurs un petit Mémoire de Peyer, intitulé : *Dissertatio de Glandulis intestinorum*, imprimé avec planches dans le précieux recueil de Manget et Leclerc. Les follicules muqueux des intestins y sont décrits avec une exactitude et une précision telles, que cette description a servi de guide à tous ceux qui, depuis Peyer, se sont occupés du même sujet.

Après avoir bien déterminé l'état sain de la membrane muqueuse gastro-intestinale, M. Billard s'occupe de décrire son état morbide. Il trace d'abord ses diverses altérations de couleur, il admet quatre colorations pathologiques de cette membrane, savoir : une coloration rouge, une brune, une ardoisée, et une noire ou mélanique.

La coloration rouge présente de très-nombreuses variétés ; M. Billard a eu l'heureuse idée de distinguer les principales variétés par des épithètes caractéristiques. Ainsi il admet, 1°. une injection ramiforme; 2°. une injection capilliforme; 3°. une rougeur pointillée; 4°. une rougeur striée; 5°. une rougeur par plaques ; 6°. enfin une rougeur diffuse. Chacune de ces colorations peut également, d'après M. Billard, annoncer un état inflammatoire, ou en être indépendant. L'auteur établit les caractères à l'aide desquels cette distinction peut être établie. De ce chapitre l'auteur tire cette conclusion, savoir : que la seule rougeur des membranes muqueuses, quelle que soit d'ailleurs sa disposition ou son intensité, ne saurait suffire dans aucun cas pour démontrer leur état inflammatoire.

La coloration brune annonce, d'après l'auteur, un état inflammatoire beaucoup plus sûrement que les diverses colorations rouges dont il vient d'être question. Il fait plusieurs variétés de cette coloration brune, suivant qu'elle est uniforme, disposée en stries ou en membranes.

La coloration ardoisée est aussi regardée par M. Billard comme étant, dans les neuf dixièmes des cas, le résultat d'une phlegmasie chronique. Il pense de plus que cette coloration peut persister sous forme de points ou de taches isolées, après que l'inflammation a cessé. On pourrait citer à l'appui de cette opinion la couleur livide, ou rouge brunâtre que présente souvent la peau là où ont existé des ulcères cicatrisés depuis long-temps.

Quant à la coloration noire ou *mélanique* que présente quelquefois la membrane muqueuse gastro-intestinale, M. Billard ne se prononce pas sur sa nature. Il est cependant porté à penser qu'elle résulte d'une altération du sang, laquelle a elle-même son point de départ dans une ancienne inflammation. Cet article contient, du reste, des observations fort curieuses sur les mélanoses intestinales.

Le canal intestinal peut présenter dans sa forme, dans ses fonctions, diverses modifications qu'on ne doit pas, d'après M. Billard, rapporter nécessairement à une inflammation. Comme lui, en effet, nous avons vu des cas dans lesquels certaines portions d'intestins étaient ou fortement distendues par des gaz, ou considérablement rétrécies, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune trace d'inflammation. Comme lui, nous avons ouvert des cadavres d'individus morts d'hémorrhagie gastrique ou intestinale, et nous n'avons trouvé d'apparence de phlegmasie ni dans l'estomac, ni dans les intestins. Comme lui, enfin,

nous avons constaté l'existence d'abondantes diarrhées avec coloration blanche de la membrane muqueuse intestinale ; mais il faut avouer que de pareils cas sont assez rares. Il est un autre état de l'intestin qui nous semble bien digne de remarque, et que nous avons eu occasion d'observer sur des cadavres d'individus morts d'affections chroniques. Les parois du canal intestinal présentent alors un grand amincissement, et on le trouve plein d'une grande quantité de liquides par lesquels il semble se laisser distendre passivement, comme si sa tunique musculaire atrophiée ne pouvait plus concourir à en opérer l'expulsion. Cette distension passive des intestins est quelquefois tellement considérable, qu'il en résulte pendant la vie une augmentation de volume de l'abdomen, et en même temps une sorte de fluctuation obscure, qui pourrait en imposer pour une ascite.

Ici se termine la première section de l'ouvrage de M. Billard; dans la seconde, il traite des diverses altérations de tissu de la muqueuse intestinale.

L'emphysème sous-muqueux n'a été jusqu'à présent que peu étudié : il résulte d'une observation de l'auteur, que cet emphysème n'est point toujours le résultat de la putréfaction ; il l'a en effet trouvé sur le tube intestinal d'un soldat tué en duel, et ouvert douze heures après la mort. C'est là encore une de ces lésions qui ne semblent pas pouvoir être rapportées à un travail inflammatoire.

Quoi qu'en ait dit Bichat, le tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse intestinale à la tunique charnue est susceptible de s'infiltrer quelquefois d'une quantité notable de sérosité. Cet œdème sous-muqueux, que j'ai eu plus d'une fois occasion d'observer non-seulement chez l'homme, mais chez plusieurs animaux, et en par-

ticulier chez le cheval, est également admis par M. Billard : il en distingue deux espèces, savoir : un œdème avec inflammation de la membrane muqueuse, et un autre sans trace d'inflammation de cette membrane ou des autres tissus subjacens.

Les articles suivans sont remplis de faits intéressans sur quelques états pathologiques de la membrane muqueuse gastro-intestinale, tels que son hypertrophie, son amincissement, son ramollissement. L'auteur ne regarde pas l'amincissement de la muqueuse comme *le* résultat d'une inflammation ; je partage son avis à cet égard, et il me semble que si l'on veut soutenir que cet amincissement est toujours causé par une phlegmasie, on en viendra aussi à rapporter à une inflammation l'atrophie des muscles dans un grand nombre de maladies chroniques. Quant au ramollissement de la muqueuse, il résulte des recherches de M. Billard que, dans un certain nombre de cas, ce qui a été regardé comme pathologique n'était qu'un effet de la putréfaction.

Ce n'est que dans ces derniers temps que *la* véritable nature d'un grand nombre d'exanthèmes ou éruptions de la muqueuse intestinale a été dévoilée ; il n'est plus guère possible de douter maintenant que ces éruptions diverses n'aient leur siége dans une agglomération de follicules muqueux. Plusieurs faits rapportés par M. Billard sont propres à jeter un nouveau jour sur les lésions diverses auxquelles peut donner lieu l'inflammation aiguë ou chronique des glandes mucipares. Il a surtout très-bien démontré comment un grand nombre d'ulcérations doivent être considérées comme ayant leur origine dans les follicules muqueux abcédés. Il explique ainsi la fréquence et la disposition des ulcérations vers la fin de

l'iléum, là où les follicules constituent, par leur agglomération, les plaques de Peyer. Ces ulcérations, quelle que soit d'ailleurs leur origine, sont décrites avec beaucoup de soin sous le rapport de leur forme, de leur disposition, de leur développement, de leur cicatrisation.

Les progrès récens de l'anatomie pathologique ont démontré que la gangrène de la membrane muqueuse des intestins, regardée autrefois comme une affection commune, est réellement très-rare, et la science n'en possède jusqu'à présent que peu d'observations bien faites. Au nombre de ces dernières, il faudra placer celles que M. Billard a consignées dans le dernier article de son ouvrage. Dans deux de ces observations, de véritables escarres existaient à la surface interne de l'estomac. J'ai également rencontré une fois deux escarres de la muqueuse gastrique; plus souvent j'ai rencontré des traces évidentes de gangrène dans la muqueuse de l'intestin grêle; mais cette gangrène était, en général, peu étendue. Une seule fois, chez un phthisique, je l'ai vue occuper la presque totalité du gros intestin.

D'après l'analyse qui vient d'être faite de l'ouvrage de M. Billard, on peut juger du mérite de ce travail. L'auteur y a fait preuve de cet esprit d'ecclectisme qui est si précieux lorsqu'il est guidé par l'observation. Le succès de cet ouvrage, premier essai de son auteur, doit l'encourager à suivre avec ardeur la route que son bon esprit lui a indiquée comme la meilleure. M. Billard appartient à l'École d'Angers, à laquelle nous devons déjà plusieurs médecins distingués, et qui comptait en particulier au nombre de ses élèves le savant anatomiste, le professeur célèbre dont la mort prématurée a excité parmi ses confrères et ses élèves de si justes et si universels regrets.

Andral fils.

Anatomie comparée du Cerveau *dans les quatre classes des animaux vertébrés, appliquée à la pathologie du système nerveux;* **par E. R. A. Serres. Tom. Ier.**

L'Académie des Sciences avait proposé pour sujet de son grand prix l'Anatomie comparée du Cerveau dans les quatre classes des animaux vertébrés: c'était le plus puissant moyen d'éclairer la psychologie humaine. M. Serres fut couronné, et son ouvrage, livré peu de temps après à l'impression, vint justifier les suffrages de ce corps savant. Afin de mieux faire connaître à nos lecteurs ce grand travail, nous allons en extraire les propositions les plus remarquables, en nous aidant du rapport fait à l'Académie des Sciences, par M. Cuvier.

La moelle épinière se forme avant le cerveau dans toutes les classes.

Elle consiste d'abord, chez les jeunes embryons, en deux cordons non réunis en arrière, et qui forment une gouttière; bientôt ces derniers cordons se touchent et se confondent à leur partie postérieure; l'intérieur de la moelle épinière est alors creux; il y a un canal, qu'on peut désigner sous le nom de *ventricule*, ou *canal de la moelle épinière*; ce canal se remplit quelquefois d'un liquide, ce qui constitue l'hydropisie de la moelle épinière. Le canal s'oblitère au cinquième mois de l'embryon humain, et à des époques variables, selon l'espèce d'animaux. Cette oblitération a lieu dans tous les embryons par la disposition des couches successives de matière grise sécrétée par la pie-mère, qui s'introduit dans ce canal.

La moelle épinière est d'un calibre égal dans tout

son étendue chez les jeunes embryons de toutes les classes ; elle est sans renflement antérieur ni postérieur : avec cette absence des renflemens de la moelle épinière, coïncide chez tous les embryons l'absence des extrémités antérieures et postérieures. Avec l'apparition des membres, coïncide chez tous les embryons l'apparition des renflemens antérieurs et postérieurs de la moelle épinière : les animaux qui n'ont qu'une paire de membres n'ont qu'un seul renflement de la moelle épinière. Le renflement varie par sa position, selon la place qu'occupe sur le tronc la paire des membres. Le genre *Bipes* a son renflement situé à la partie postérieure de la moelle épinière. Le genre *Bimane* l'a au contraire à la partie antérieure.

Dans les monstruosités que présentent si fréquemment les embryons des mammifères, des oiseaux et de l'homme, il se présente souvent des *Bipes* et des *Bimanes*, qui n'ont qu'un seul renflement, situé toujours vis-à-vis de la paire des membres qui reste.

La moelle épinière des poissons est légèrement renflée vis-à-vis du point qui correspond à leurs nageoires. Les trigles, remarquables par les rayons détachés de leurs pectorales, le sont aussi par une série de renflemens proportionnés, pour le nombre et le volume, au volume et au nombre de ces mêmes rayons auxquels ils correspondent. Les poissons électriques ont un renflement considérable qui correspond au nerf qui se distribue dans l'appareil électrique. Les oiseaux qui vivent sur la terre ont le renflement postérieur beaucoup plus volumineux que l'intérieur. Les oiseaux qui s'élèvent dans les airs, et y planent souvent des journées entières, offrent une disposition inverse.

Les ganglions intervertébraux sont, dans toutes les classes, proportionnés au volume des nerfs qui les traversent. Ils sont beaucoup plus forts vis-à-vis des nerfs qui se rendent aux membres que dans aucune autre partie.

La moelle épinière est étendue jusqu'à l'extrémité du larynx chez l'embryon humain jusqu'au troisième mois ; à cette époque, elle s'élève jusqu'au niveau de la seconde vertèbre lombaire où elle se fixe à la naissance. L'embryon humain a un prolongement caudal qui persiste jusqu'au troisième mois de la vie utérine ; à cette époque, le prolongement disparaît, et sa disparition coïncide avec l'ascension de la moelle épinière dans le canal vertébral, et l'absorption d'une partie des vertèbres coccygiennes. Si l'ascension de la moelle épinière s'arrête, le fœtus humain vient au monde avec une queue ; le coccyx se compose alors de sept vertèbres. Plus la moelle épinière s'élève dans le canal vertébral, plus le prolongement caudal diminue. Au contraire, plus la moelle épinière se prolonge et descend dans son étui, plus la queue augmente de dimension. L'embryon des chauve-souris, sans queue, ressemble, sous ce rapport, à celui de l'homme. Il a d'abord une queue, qu'il perd rapidement, parce que chez ces mammifères l'ascension de la moelle épinière est très-rapide et qu'elle s'élève très-haut. C'est surtout chez les têtards des batraciens que ce changement est remarquable : aussi long-temps que la moelle épinière se prolonge dans le canal coccygien, le têtard conserve sa queue ; à l'époque où le têtard va se métamorphoser, la moelle épinière remonte dans son canal, la queue disparaît, et les membres se prononcent de plus en plus. Si la moelle épinière s'arrête

dans cette ascension, le batracien conserve sa queue comme dans le fœtus humain. Chez les reptiles qui n'ont pas de membres, la moelle épinière ressemble à celle du têtard avant sa métamorphose. Chez tous les poissons, la moelle épinière présente le même caractère; elle offre souvent à sa terminaison un petit renflement. Parmi les mammifères, les cétacés ressemblent, sous ce rapport, aux poissons; il en est de même des embryons humains qui n'ont pas de membres inférieurs.

L'entrecroisement des faisceaux pyramidaux est visible chez l'embryon humain dès la huitième semaine; chez les mammifères, il devient de moins en moins apparent en descendant des quadrumanes aux rongeurs; chez les oiseaux on ne remarque qu'un ou deux faisceaux, tout au plus, dont l'entrecroisement soit distinct; chez les poissons il n'en existe pas.

Le volume de la moelle épinière et celui de l'encéphale sont, en général, en raison inverse l'un de l'autre. Mais dans certaines circonstances, la moelle épinière et l'encéphale conservent un rapport direct de volume; alors ce rapport direct ne porte pas sur tout l'encéphale; il a lieu uniquement pour les tubercules quadrijumeaux.

La moelle épinière et les tubercules quadrijumeaux sont rigoureusement développés en raison directe l'un de l'autre. L'embryon humain est dans le même cas; plus il est jeune, plus la moelle épinière est forte, et plus les tubercules quadrijumeaux sont développés. Les tubercules quadrijumeaux sont les premières parties formées dans l'encéphale; leur formation précède toujours celle du cervelet chez l'embryon des oiseaux, des reptiles, des mammifères et de l'homme. Chez les oiseaux, les tubercules quadrijumeaux ne sont qu'au nombre de

deux, et ils occupent la base de l'encéphale. D'abord, dans les premiers jours de l'incubation, ils sont, comme dans les autres classes, situés sur la face supérieure de l'encéphale, formant d'abord deux lobules, un de chaque côté; au dixième jour, un sillon transversal divise le lobule, et à cette époque il y a véritablement quatre tubercules situés entre le cervelet et les lobes cérébraux; au douzième jour, ils se portent de la face supérieure vers la face inférieure de l'encéphale. Pendant ce mouvement, le cervelet et les lobes cérébraux, séparés d'abord par les tubercules, se rapprochent successivement et finissent par s'adosser l'un contre l'autre, comme on l'observe sur tous les oiseaux adultes. Chez les reptiles, les tubercules quadrijumeaux ne sont qu'au nombre de deux dans l'état adulte; mais au quinzième jour du têtard de la grenouille, ils sont divisés comme ceux de l'oiseau au dixième jour. Dans cette classe, les tubercules ne changent pas de place, ils restent toujours situés à la face supérieure de l'encéphale, entre le cervelet et les lobes cérébraux, et leur forme est toujours ovalaire. Chez les poissons, ils prennent un volume tellement considérable, qu'on les a considérés jusqu'à ce jour comme les hémisphères cérébraux, d'autant plus qu'ils sont creusés d'un large ventricule, présentant un renflement considérable analogue, par sa forme et sa structure, au corps strié de l'encéphale des mammifères. Ces tubercules sont toujours olivaires chez les poissons, et leur forme se rapproche de celle d'un sphénoïde légèrement aplati en dedans.

Chez les mammifères et l'homme, les tubercules quadrijumeaux ne sont qu'au nombre de deux pendant les deux tiers environ de la vie utérine; ils sont alors ova-

laires et creux intérieurement comme chez les oiseaux, les reptiles et les poissons. Au dernier tiers de la gestation, ils sont au nombre de quatre. Les tubercules quadrijumeaux de l'homme et des mammifères sont creux comme chez les oiseaux, les reptiles et les poissons; l'oblitération de leur cavité s'opère par la déposition de couches de matière grise sécrétée par la pie-mère qui l'introduit dans leur intérieur. Les tubercules quadrijumeaux sont développés dans toutes les classes et les familles de la même classe, en raison directe du volume des nerfs optiques et des yeux.

Le cervelet ne se forme qu'après les tubercules quadrijumeaux chez les poissons : cet organe est formé de deux parties distinctes d'un lobule médian, prenant ses racines dans le ventricule des tubercules quadrijumeaux, et des feuillets latéraux provenant du corps restiforme. Ces deux parties sont isolées et disjointes dans toutes les classes de poissons. La grande différence que présente le cervelet des classes supérieures dépend de la réunion de ces deux élémens, dont l'un conserve le nom de *processus vermiculaire* supérieur du cervelet, et provient des tubercules quadrijumeaux; tandis que l'autre, *processus cerebelli ad testes*, provient des corps restiformes, et constitue les hémisphères du même organe.

Le *processus vermiculaire* supérieur du cervelet (lobe médian), et les hémisphères du même organe sont développés dans toutes les classes en raison inverse l'un de l'autre.

Le cervelet se développe par deux feuillets non réunis sur la ligne médiane.

La moelle épinière est en raison directe du volume

du lobe médian du cervelet, et en raison inverse de ses hémisphères.

La protubérance annulaire est développée en raison directe des hémisphères du cervelet, et en raison inverse du lobe médian de cet organe, ainsi que des tubercules quadrijumeaux et de la moelle épinière.

La couche optique n'existe pas chez les poissons; chez les reptiles, les oiseaux, les mammifères et l'homme, son volume est en raison directe de celui des lobules cérébraux, et en raison inverse de celui des tubercules quadrijumeaux.

La glande pinéale existe dans les quatre classes des vertébrés; elle a deux ordres de pédoncules, les uns provenant de la couche optique, les autres des tubercules quadrijumeaux.

Les corps striés n'existent pas chez les poissons, les reptiles et les oiseaux; chez les mammifères, leur développement est proportionné à celui des hémisphères cérébraux.

Le volume des hémisphères cérébraux est en raison directe de celui de la couche optique et des corps striés; la cavité ventriculaire des lobes cérébraux distingue exclusivement les mammifères et l'homme.

Dans les trois classes inférieures, les lobes cérébraux sont sans circonvolutions, ce qui se lie avec leur masse compacte intérieure.

La corne d'Ammon n'existe que chez les mammifères et l'homme. Le petit pied d'Hippocampe n'existe dans aucune famille des mammifères, quelquefois il manque chez l'homme.

La voûte à trois piliers manque chez les poissons, les reptiles, et chez la plupart des oiseaux. Chez les

mammifères, elle suit le rapport du développement de la corne d'Ammon.

Il n'y a aucun vestige de corps calleux dans les trois classes inférieures. Cette partie, ainsi que le pont de Varole, sont caractéristiques de l'encéphale des mammifères. Le corps calleux est développé en raison directe du volume du corps strié, et des hémisphères cérébraux et du développement de la protubérance annulaire.

Les hémisphères cérébraux sont développés en raison directe de ceux du cervelet, et en raison inverse de son *processus vermiculaire* supérieur, tandis qu'ils sont en raison inverse de la moelle épinière et des tubercules quadrijumeaux.

Les nerfs se rendent des organes au cerveau et à la moelle épinière pour se mettre en communication avec les centres nerveux.

Sur la moelle épinière, la matière blanche se forme avant la matière grise, tandis que, dans l'encéphale, c'est la matière grise qui précède la matière blanche.

Telle est l'analyse exacte de l'*Anatomie comparée du Cerveau*, ouvrage qui, par les nombreux travaux qu'il a nécessités, et par les planches qui l'accompagnent se place à la tête des meilleurs ouvrages que nous possédons sur ce sujet. Le livre de M. Serres sera nécessairement recherché de toutes les personnes qui s'occupent d'Histoire naturelle et d'anatomie; il deviendra un des guides le plus sûr, pour ceux qui voudront désormais s'occuper de la structure et de l'organisation du cerveau. En rendant compte du deuxième volume de cet important ouvrage, qui depuis long-temps est attendu, et qu'on annonce comme devant paraître très-in-

cessamment, nous entrerons dans quelques détails sur plusieurs points qui sont encore un objet de controverse, et sur lesquels M. Serres a répandu le plus grand jour.

L. MARTINET.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Suite de la pathologie de M. Broussais.

Je passe sur quelques propositions, parce que nous aurons assez occasion d'y revenir. Les mêmes questions reparaissent sans cesse dans une doctrine qui ne repose que sur une seule idée.

Proposition 82. « La congestion morbide passive peut désorganiser, mais beaucoup moins que l'active. »

Je ne dirai rien de la rédaction de cette proposition. Quelque chose de passif, et qui cependant est assez actif pour désorganiser ! Quoi qu'il en soit, il y a, selon M. Broussais, cette différence entre les désorganisations par congestion passive et les désorganisations par congestion active, que l'irritation est consécutive dans les premières, tandis qu'elle est primitive dans les secondes. Ici, ce me semble, devait finir le commentaire. On conviendra, du moins, que ce n'était pas le lieu d'agiter la question de l'origine des tubercules, du cancer, et des tissus squirrheux et lardacé, puisque, de l'aveu même de M. Broussais, il n'y a rien de passif dans le développement de ces productions organiques. Mais il a l'air de croire qu'à force de répéter qu'elles sont le produit de je ne sais quel mélange d'inflammation et de sub-inflammation, il persuadera ses lecteurs, comme peut-être il s'est persuadé lui-même. Quelles sont ce-

pendant ses raisons ? Il se prévaut des cas où ces maladies se sont développées à la suite d'une vive irritation produite par une cause externe. Mais qui a jamais nié ces faits ? Qui a jamais nié l'influence de l'irritation sur le développement des tubercules et du cancer ? Mais il y a loin de là à dire que l'irritation, ou si l'on veut l'inflammation, fait, crée ces maladies de toutes pièces, et qu'elles en sont en quelque sorte la terminaison naturelle. M. Broussais ne veut pas admettre qu'il existe des sujets qui naissent avec une disposition au cancer, aux tubercules, et il admet une prédisposition à sa *sub-inflammation*. N'est-ce pas la même chose ? Il ne s'agit donc plus maintenant que d'apprécier, d'estimer la part de la prédisposition, et celle de l'irritation à la formation de ces maladies. Sur ce point nos opinions sont fort différentes. Nous croyons que la prédisposition est l'élément essentiel ; M. Broussais, au contraire, pense que c'est l'irritation, l'irritation qu'il a prise pour l'unique base de son système.

Je ne ferai pas à M. Coutanceau l'injure de le compter au nombre des partisans de ce système. Il a donné tant de preuves d'un esprit exact et judicieux, qu'il y aurait de l'injustice, même à l'en soupçonner. Mais enfin, il me paraît remarquable que lui, qui s'est montré si sévère envers l'ancienne doctrine des fièvres, n'ait pu s'empêcher de signaler la confusion que la nouvelle tend à jeter dans toutes les parties de la science. « Les effets, dit-il, de l'irritation, c'est-à-dire l'affection morbide qui en est la suite, diffèrent d'après les organes et les appareils sur lesquels elle agit, comme d'après la cause irritante qui l'a produite : ils diffèrent également et varient *à l'infini suivant les prédispositions natives ou acci-*

dentelles des individus qui en sont atteints. Il est donc très-important, surtout dans la pratique médicale, de conserver à chaque maladie son caractère propre, de ne pas confondre l'irritation avec ces mêmes maladies, et surtout avec l'inflammation, qui a tant de rapports avec elle, mais qui néanmoins réclame souvent, surtout dans son état chronique, des médications capables elles-mêmes de produire l'irritation. C'est faute d'avoir voulu faire cette distinction capitale, que l'Ecole physiologique a confondu sous une même dénomination la plupart des maladies, et par conséquent des phénomènes très-divers. En négligeant tous les caractères qui les distinguaient autrefois dans les cadres nosologiques pour les réunir avec effort sous un titre commun et en faire une seule entité morbide qui serait l'irritation ; les médecins de cette Ecole, renonçant par une vue trop synthétique à cet esprit d'analyse qui seul apprend à bien connaître les diverses parties de l'édifice médical, pour s'attacher exclusivement à la construction systématique de l'ensemble, se sont exposés à tout confondre en pathologie, et se sont privés d'un moyen commode de signaler, dans la pratique, une multitude de différences qu'il importe de savoir apprécier quand on veut exercer avec discernement la médecine. » *Nouveau Dict. de Méd.*, article *Irritation.*)

Proposition 84. « L'irritation peut exister dans un » système sans qu'aucun autre y participe ; mais cela n'a » lieu que lorsqu'elle est peu considérable : elle ne porte » alors que sur les mouvemens organiques locaux et sur » la nutrition de la partie ; mais aussitôt que l'irritation » locale s'élève à un certain degré, elle se répète dans » d'autres systèmes ou dans d'autres appareils plus ou

» moins éloignés, et toujours sans changer de nature. »

Quoique M. Broussais dise que cette proposition est encore une des clefs (la grande clef est la gastrite) de la pathologie, je soutiens qu'il n'en a pas senti toute l'importance. S'il l'avait sentie, aurait-il restreint son commentaire à quelques lignes, lui dont la plume est quelquefois si prolixe? Encore, que contiennent ces lignes? Des choses tellement vagues, qu'elles n'ont aucune application spéciale, précisément parce qu'elles sont applicables à tout. « Cette proposition, dit-il, découvre le » lien secret qui unit les maladies les plus légères avec » les plus graves; elle remplit une immense lacune qui » existait dans la science depuis la plus haute antiquité; » elle détruit cet isolement des diverses nuances de l'ir» ritation, que l'on peut regarder comme la source de » l'ontologie médicale; elle rapproche entre elles les af» fections chroniques et les aiguës, celles des différens » âges, des sexes et des lieux : elle fait sentir au pre» mier abord l'union de la chirurgie avec la médecine; » elle réduit à leur juste valeur toutes les distinctions » établies par les nosologistes, et montre combien est » vicieuse la comparaison qu'ils ont faite des maladies » avec les plantes. » Certes, on pouvait trouver des considérations d'un ordre plus élevé, et surtout plus utile. Il fallait d'abord prouver par des faits la vérité du principe et montrer ensuite les conséquences qu'il doit avoir sur la pratique. En effet, si l'inflammation, pour peu qu'elle soit considérable, et toutes les phlegmasies aiguës sont dans ce cas; si, dis-je, l'inflammation tend sans cesse à se répéter, que devient la révulsion? Il est évident que la diffusion et la révulsion de la phlogose sont incompatibles. Mais, je le répète, M. Broussais n'a pas

même entrevu les conséquences de cette proposition qu'il a empruntée à cette doctrine du contre-stimulus, qu'il a si souvent calomniée. Par exemple, comment concilier la proposition dont nous parlons avec la suivante :

Proposition 92. « Les organes, sympathiquement irrités, peuvent contracter l'irritation à un degré supérieur à celle de l'organe à l'influence duquel ils la doivent. Dans ce cas la maladie change de place et de nom : ce sont les métastases. »

S'il est vrai que l'inflammation tend sans cesse à se répéter, et se répète en effet, elle ne se déplace donc pas, car la répétition d'une chose n'en est pas le déplacement. Si M. Broussais se fût rappelé la 84e. proposition, il n'aurait certainement jamais écrit la 92e. Il n'avait d'ailleurs qu'à jeter un coup-d'œil sur la marche de l'inflammation, et il se serait convaincu que l'inflammation, proprement dite, ne se déplace pas. Elle finit, après avoir parcouru toutes ses périodes, là où elle a pris naissance. Ainsi l'a voulu la nature. A la vérité, l'érysipèle, les dartres, le rhumatisme disparaissent quelquefois tout-à-coup et au moment où l'on s'y attend le moins ; mais c'est à tort qu'on a rangé ces maladies parmi les phlegmasies. Ce sont des affections mi-partie inflammatoires et mi-partie spécifiques. Qu'on dise si jamais on a vu l'inflammation d'un vésicatoire, d'un séton, d'un phlegmon, changer de place, et je passe condamnation ; mais jusque-là je soutiendrai que c'est par erreur qu'on a mis les métastases au nombre des terminaisons de l'inflammation.

Proposition 94. « Si les irritations sympathiques que » les principaux viscères déterminent dans les organes » sécréteurs, exhalans, et à la périphérie, deviennent

» plus fortes que celles de ces viscères, ceux-ci sont » délivrés de la leur, et la maladie se termine par une » prompte guérison. Ce sont les crises. Dans ces cas, » l'irritation marche de l'intérieur à l'extérieur. »

Je prierai encore M. Broussais de nous dire comment il concilie cette proposition avec la 84ᵉ. L'erreur est d'autant plus choquante, que les vaisseaux excréteurs touchant aux organes sécréteurs, l'inflammation passe des uns aux autres avec une grande rapidité. Il se peut que le centre de l'irritation conserve quelque temps un peu plus d'intensité que la circonférence; mais cette intensité s'efface bientôt, car l'inflammation, semblable en cela au calorique, tend sans cesse à se propager et à se mettre en équilibre.

La diffusion et la durée nécessaire de l'inflammation détruisent de fond en comble la théorie des crises proposée par M. Broussais. Ce n'est pas tout: si les crises n'étaient réellement que le transport de l'irritation de l'organe malade sur les canaux excréteurs, il est clair qu'elles se manifesteraient à toutes les époques des maladies. Or, tous les praticiens savent, tous les séméïologistes ont écrit qu'il n'y a pas d'évacuation critique au commencement d'une maladie. Les hémorrhagies elles-mêmes n'annoncent la terminaison des phlegmasies que lorsqu'elles se manifestent dans la dernière période. Avant, elles ne sont pas critiques, mais symptomatiques. Il en est de même de la sueur et des urines dans les affections fébriles, des évacuations alvines dans les affections bilieuses, etc. Ainsi, quand M. Broussais soutient qu'en diminuant l'irritation on hâte l'apparition des crises, il a tort, s'il veut dire qu'on les détermine à volonté, comme cela devrait être s'il ne s'agissait que de

diminuer l'irritation. La provocation prématurée de l'excrétion n'a pas plus d'influence sur l'apparition des crises. Les partisans de la théorie du contre-stimulus savent probablement cela aussi bien que M. Broussais, eux qui ne cessent de parler de la durée nécessaire de l'inflammation, comme on peut le voir dans l'ouvrage d'un homme qui a passé plusieurs années parmi eux, je veux parler du *Traité des Fièvres intermittentes*, par M. Bailly. Il est donc bien étonnant que M. Broussais les accuse d'avoir fondé leur système uniquement sur *l'emploi des moyens qui font agir les sécréteurs*. Cette accusation est dénuée de tout fondement. Non-seulement les contre-stimulistes n'ont pas en vue de provoquer les sécrétions; mais ils cherchent tous les moyens de les prévenir, persuadés qu'elles sont inutiles au but qu'ils se proposent. Ainsi ce n'est pas pour exciter les vomissemens ni la contraction des intestins qu'ils prescrivent l'émétique dans les fluxions de poitrine et la gomme gutte dans la diarrhée et la dysenterie; mais ils donnent ces médicamens comme contre-stimulans, c'est-à-dire pour déprimer directement l'excitabilité qu'ils supposent trop exaltée. Et voilà comme M. Broussais entend la théorie du contre-stimulus. (*Annales*, avril et mai.)

— *Observation sur une otite chronique, avec carie de l'os temporal*; par Moricheau Beaupré, chirurgien en chef de l'hôpital de Calais. — Louis D***, sergent, âgé de vingt-quatre ans, après une gonorrhée supprimée par des injections astringentes, éprouva successivement l'engorgement des deux testicules. Il entra à l'hôpital de Montmédy, où il ne prit que des pilules mercurielles, ainsi que quelques doses de muriate de mercure suroxigéné. Un mois était à peine écoulé, cet homme se plaignait

d'une douleur lancinante dans l'oreille, accompagnée de fièvre et de tous les symptômes d'une otite aiguë. En effet, il se forma un abcès dans l'oreille interne, dont le pus se fit jour par l'oreille externe. Dès-lors, soulagement considérable; mais il s'établit un écoulement puriforme continuel.

Après plusieurs suppressions momentanées de cet écoulement, causées par l'effet du froid, il se manifesta tous les symptômes d'une inflammation violente: gonflement à la région mastoïdienne, qui se termina par la formation d'un abcès sous-aponévrotique, dont l'ouverture par le bistouri donna issue à une demi-cuillerée d'un pus épais et verdâtre. La plaie resta fistuleuse, et l'introduction d'un stylet fit reconnaître les ravages dont la partie inférieure de l'os temporal était le siége.

M. Beaupré, persuadé que la cause d'une affection aussi profonde était une syphilis négligée, jugea à propos de faire subir à ce malade un traitement par les frictions mercurielles et le sirop sudorifique, afin de prévenir toute récidive. Le traitement achevé, il mit l'os à découvert, le rugina; il agrandit l'ouverture fistuleuse avec un trépan perforatif, et porta un petit cautère incandescent dans les cellules mastoïdiennes. La plaie, convenablement traitée, ne tarda pas à se cicatriser.

Néanmoins, l'écoulement, qui avait semblé diminuer augmenta par le conduit auditif; mais alors la matière en était blanche et nullement fétide; il n'y avait plus de douleur. Soupçonnant que ce catarrhe n'était plus entretenu que par un état fluxionnaire habituel de la membrane du conduit auditif, M. Beaupré appliqua un vésicatoire à la nuque, et il purgea trois ou quatre fois le malade. Il fit injecter en même temps dans l'oreille la

préparation suivante, qui lui a très-souvent réussi contre l'otorrhée purulente :

℞. Décoction aromatique.	douze onces.
Miel rosat.	une once et demie.
Térébenthine liquide	deux gros.
Jaune d'œuf.	n°. 1.
Sulfate d'alumine.	demi-gros.
Alcool vulnéraire.	un gros.

Peu-à-peu l'écoulement se tarit, mais la perte de l'ouïe, de ce côté, est restée irrémédiable. (*Journal Universel*, mai 1825.)

Observation *sur un empoisonnement par une solution d'indigo dans l'acide sulfurique* ; par M. Deslandes. — Dans cette observation ce praticien fait remarquer que dans l'arrière-bouche et l'œsophage, lieux sur lesquels le caustique *n'avait fait que passer*, la membrane muqueuse était recouverte d'une sorte d'escarre blanchâtre, légèrement teinte en bleu, tandis que dans l'estomac *où ce contact du caustique avait dû être plus prolongé*, la muqueuse était noire et comme charbonnée. Après des considérations sur la nature de ces altérations, il montre le parti qu'on peut en tirer en médecine légale, pour apprécier la durée du temps pendant lequel l'acide sulfurique est resté en contact avec un tissu, ainsi que la dose et le degré de concentration que devait avoir ce caustique.

Un des points qui, dans l'observation de M. Deslandes, mérite davantage de fixer l'attention, est la coloration en bleu des urines, coloration qui prouve d'une manière irrécusable la présence de l'indigo dans ce liquide,

fait qui n'avait point été observé avant M. Deslandes, et qui devient pour lui un des moyens les plus puissans d'éclairer un des points les plus difficiles de la médecine légale. Puis, faisant une application de ce fait à quelques cas de pathologie, l'auteur s'exprime ainsi : « Qu'on » songe à ces conséquences pour la doctrine des mé- » tastases. Si une substance du règne organique ; si un » prussiate, de l'indigo, ont pu être transportés d'un » point de l'économie dans un autre, la traverser enfin, » *sans changer* de nature, pourquoi n'en serait-il pas » de même du lait, du pus, etc. » M. Deslandes, attaquant ensuite le solidisme outré, absolu, montre la rapidité avec laquelle la nature s'est débarrassée de l'indigo ; et comme « elle n'a pas plus de lois inutiles que de lois d'exception, » il établit que si la nature s'est imposé l'obligation de s'épurer, c'est que l'absence de cette épuration lui eût été préjudiciable ; ce qui le conduit à ce point important, que si cette épuration ne se fait pas ou se fait mal, des substances nuisibles, introduites dans le corps, peuvent troubler l'harmonie de nos fonctions. La coloration des urines seule, par l'indigo, lui fournit encore des réflexions fort justes sur la formation des maladies locales, en montrant que les substances délétères qui circulent avec les humeurs peuvent avoir des lieux d'élection où elles viennent s'accumuler et y développer des affections locales. (*Nouvelle Bibliothèque Médicale*, mai 1825.)

— *Pleurodynie guérie par l'acupuncture* ; par M. Goupil. Ce médecin a donné lecture à l'Athénée de Médecine d'une observation de pleurodynie survenue à la suite d'un refroidissement, chez un homme de trente-six ans, et qui était tellement violente, que le plus léger

contact des parois thoraciques du côté gauche développait une très-forte douleur ; les moindres mouvemens, ceux qu'exige l'acte de la respiration et de la parole, la rendaient intolérable ; deux saignées apportèrent quelque soulagement ; il en fut de même de l'application réitérée des sangsues. Cependant le malade ne pouvait se coucher sur le côté, et tout sommeil était impossible. Ce fut alors que M. Goupil appliqua quatre aiguilles pendant trois heures à la partie antérieure et gauche du thorax ; une sensation de brûlure vive en fut l'effet. Dès-lors la respiration, naguère très-embarrassée, devint libre, et le malade put dormir. Le lendemain, la douleur s'étant transportée à la partie postérieure de la poitrine, dans les muscles qui recouvrent l'omoplate, quatre nouvelles aiguilles furent enfoncées dans cette région et y restèrent quatre heures. La douleur se dissipa presque complètement, et le malade put bientôt se mettre en voyage. La guérison fut durable. (*Id.*, juillet 1825.)

— ***Rhumatisme goutteux guéri par l'acupuncture*** ; par M. Andrieux. — Dans le même Bulletin de l'Athénée, M. Andrieux donne l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, qui, depuis dix ans, était affecté deux fois l'année d'attaques de goutte, qui portèrent successivement sur les genoux, les coudes, les poignets, et les articulations des doigts qui restèrent difformes ; ces inflammations étaient toujours d'assez longue durée. Dans le mois de décembre 1824, le pied droit devint rouge, tuméfié et très-douloureux ; une aiguille est enfoncée sous la peau, à la naissance du petit orteil, et vient ressortir au-dessous de la malléole externe. L'aiguille est à peine placée, que le malade se sent très-soulagé. On peut mouvoir et presser le pied sans y développer

de douleur, tandis qu'auparavant le moindre mouvement était impossible. Dans la crainte du retour de la douleur, M. Andrieux introduit une seconde aiguille au-dessous de la malléole interne, en la faisant ressortir près de l'attache inférieure du jambier antérieur. Au bout de dix minutes, on retire les aiguilles, qui sont fortement oxidées. Le malade s'appuye sur son pied et marche avec facilité, tandis qu'un quart-d'heure auparavant, le simple contact des couvertures lui causait une violente douleur. Le genou droit, qui était gonflé et un peu sensible, n'éprouva aucun changement par la disparition de la douleur du pied. M. Andrieux accompagne cette observation de quelques réflexions, et entre autres de l'opinion suivante, savoir : que l'équilibre électrique que les aiguilles établissent entre toutes les parties, est peut-être la cause des succès qui suivent l'emploi de l'acupuncture. Il appartient à M. Andrieux, plus qu'à aucun autre, d'agiter une semblable question, ce médecin ayant étudié d'une manière toute particulière l'influence du galvanisme sur l'économie, et ayant fait les plus heureuses applications de cet agent à la thérapeutique. (*Id.*, *id.*)

— *Observation de tubercule du cerveau avec destruction des nerfs ethmoïdaux et conservation de l'odorat;* par M. Bérard. — J. Beaufort entra à la Pitié le 15 août 1824, avec une amaurose complète qui existait depuis deux ans, et avait été précédée et accompagnée d'une céphalalgie sus-orbitaire continue; sa marche avait été assez rapide et régulière. Une fois seulement le malade avait subitement recouvré la vue et aperçu distinctement les objets, puis la cécité était revenue au bout de peu de temps, aussi complète que pré-

cédemment. La figure de Beaufort était pâle et bouffie ; ses traits offraient cet air d'indifférence propre à l'amaurose complète. La dilatation permanente des pupilles laissait voir la transparence parfaite des milieux de l'œil ; il mangeait et digérait bien ; l'intelligence était parfaite. Deux fois il perdit subitement connaissance, et fut agité de convulsions épileptiformes. Beaufort prenait du tabac avec plaisir, paraissait en distinguer les différentes qualités, était affecté désagréablement par l'odeur de la suppuration d'un abcès par congestion dont un de ses voisins était atteint. Divers traitemens employés n'apportèrent aucune amélioration à son état. Au commencement de janvier, les douleurs du fond des orbites et de leur intervalle devinrent violentes, et, le 15 du même mois, le malade mourut presque subitement, ayant encore deux heures auparavant causé avec un de ses voisins.

Les vaisseaux du péricrâne, les sinus, les vaisseaux de la surface du cerveau étaient gorgés de sang noir. Les deux lobules antérieurs du cerveau, confondus dans leur partie interne antérieure et inférieure, et considérablement endurcis dans ce point, adhéraient aux fosses correspondantes de la base du crâne, et paraissaient implantés dans la fosse ethmoïdale. Leur section montra une substance analogue au tubercule, crue, arrondie, mamelonnée, du volume d'une grosse châtaigne, développée aux dépens de l'un et l'autre lobule, et enfoncée dans la partie supérieure des fosses nasales par la destruction de la lame criblée de l'ethmoïde. On ne voyait aucune trace des cordons olfactifs et de leur renflement, qui avaient sans doute été envahis par l'affection tuberculeuse. La substance cérébrale était ra-

mollie, un peu rougeâtre, et diffluente autour de la partie dégénérée. Plus loin, elle était dans l'état naturel; les cordons médullaires des nerfs optiques paraissaient creux à leur intérieur; leur commissure était ramollie. Les deux nerfs, examinés entre la commissure et l'œil, étaient grisâtres, plus denses, diminués d'un tiers; leur dissection les montra réduits à leurs canaux névrilématiques, par l'absorption de la substance médullaire. (*Journal de Physiologie*, nos 1 et 2, 1825.)

IIIe. MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS.

I. ***Inflammation de la vésicule biliaire, suivie de la mort***; par M. le docteur David Scott (1). — Un homme de quarante-trois ans, avait été pris d'une vive douleur dans le ventre avec fièvre et insomnie. Sa femme lui ayant administré un verre d'eau-de-vie de genièvre chaud, la douleur augmenta et on réclama les soins du docteur Scott. Le malade, au moment de son examen, rapportait principalement la douleur à la région de la vésicule biliaire ou aux environs. M. le docteur Scott ne put apprécier exactement le siége de la maladie; mais il était naturellement porté à conclure qu'il devait être rapporté à une portion de l'enveloppe péritonéale de quelque viscère de la région dont nous avons parlé. Une saignée n'amena aucun soulagement, si ce n'est cependant une diminution de la douleur qui se faisait sentir

(1) *The Medico-Chirurgical Review*.

dans le reste de l'abdomen. On employa des purgatifs; il survint des défaillances, et une diarrhée pendant près de deux jours, qui amena, vers la fin, des déjections liquides et noires.

Cependant la douleur se faisait continuellement sentir dans l'hypocondre droit, malgré les vésicatoires, les saignées répétées, les lavemens, les bains chauds, les sangsues, etc. Il survint des vomissemens de matières brunes, et le malade succomba après trois jours de maladie.

A l'ouverture du cadavre on ne trouva aucune trace d'inflammation ou d'autre maladie dans toute l'étendue des intestins. On aperçut, en écartant ceux-ci, quelques adhérences entre le mésocolon, la surface concave et le bord tranchant du foie. La vésicule biliaire était très-volumineuse et contenait un calcul; les parties voisines du foie n'offraient aucune altération; les conduits biliaires étaient libres et dans l'état sain; les parois de la vésicule biliaire étaient épaissies dans l'étendue d'un demi-pouce; le calcul avait environ la grosseur d'une olive verte, et baignait dans un liquide noir comme l'encre; approché d'une bougie il brûlait avec une belle flamme; toute sa surface extérieure était raboteuse et inégale, ses angles étaient très-aigus et très-propres à irriter et enflammer la membrane interne de la vésicule biliaire. Aucun autre organe n'offrait de traces de maladie.

II. *Dysenterie aiguë.*— Les variations rapides de l'atmosphère produisent spécialement des maladies de la classe des excrétions; l'entassement des hommes et le défaut de renouvellement de l'air, en rendant ces ma-

ladies contagieuses, les ont, depuis peu, répandues d'une manière frappante sur plusieurs vaisseaux de guerre. Nous voyons dans la quantité de fièvres observées à bord du vaisseau de S. M. B., *le Bann*, une preuve de plus de la proposition que nous avons avancée. Nous avons depuis peu un document authentique sur la corvette *la Mouche*, dans lequel on rend compte de cette dysenterie aiguë. L'auteur de cet article pense que la dysenterie compliquée de fièvre peut, sous des circonstances particulières, revêtir le caractère contagieux, quoique originairement produite par les vissicitudes atmosphériques.

La *Mouche* avait été employée pendant le rude hiver de 1822, dans la station d'Ecosse, lorsqu'en 1823 elle reçut l'ordre de faire voile pour l'Amérique du Sud. Elle arriva le 12 avril à Rio, où la température moyenne était de 79° F. (26,11 C, 20,89 R.) Lorsqu'elle toucha à Bahia la température était à 81 F. (27,22 C. 21,78 R.); et le 12 juin étant à la hauteur du cap Horn, elle était de 39° F. (3,89 C., 3,11, R.), avec de la pluie et de la neige.

Le 11 juillet elle arriva à Valparaiso par une température de 59° F. (15, C. 12° R.) Et enfin le 24 du même mois, à Callao, ayant 64° F. (17,78 C., 14,22 R.) Ainsi, en très-peu de mois l'équipage fut soumis à l'influence de deux étés et de deux hivers, avec toutes les variations intermédiaires. Les conséquences furent telles qu'on aurait pu les prévoir: soixante-quatre cas de dysenterie, onze de diarrhée et sept de synoque. La dysenterie fut très-grave, et vers la fin elle s'accompagna d'une fièvre typhoïde avec un caractère évidemment contagieux. Elle commença à se montrer le 9 juillet. Il

y eut deux cas mortels. Elle se répandit avec une grande rapidité dans l'équipage du navire (qui était de cent vingt hommes), même après que les malades furent débarqués dans une île de la rade de Callao.

« Les premiers symptômes remarqués par le malade, » dit le chirurgien, étaient une incommodité, une irré- » gularité du ventre, un léger frisson, des selles fré- » quentes avec tranchées. En accusant son indisposi- » tion, ce qui avait lieu communément vers le matin » du second jour après l'attaque, il se plaignait de » n'avoir pas reposé la nuit. Quatre furent pris avant » midi de douleurs dans l'estomac; ils ne pouvaient » rester levés à cause de la violence des souffrances; » des selles sanglantes et muqueuses avaient lieu presque » sans interruption; l'abdomen était très-douloureux et » sensible à la pression; la soif était vive, il y avait » céphalalgie; la face était animée, la langue blanche » et jaunâtre à sa base, la bouche amère, la peau » sèche et brûlante, le pouls plein et accéléré : dans » quelques cas, les symptômes étaient encore plus graves; » il y avait abattement de l'esprit, prostration des forces, » douleurs dans les lombes; le pouls, dépassant 180 pul- » sations par minute, était petit et irrégulier; une croûte » noire et visqueuse se formait promptement sur la » langue. On commençait le traitement par une saignée » de 18, 20 ou 30 onces (qu'on répétait avec modéra- » tion lorsque le pouls en indiquait la nécessité), jus- » qu'à ce que la sensibilité de l'abdomen et la céphalal- » gie fussent soulagées, ou que le malade pût se lever » sans douleur. Aussitôt après il prenait six drachmes » de sulfate de magnésie et un grain et demi de tartrate » de potasse et d'antimoine. Ce médicament, chez presque

» tous, produisait le vomissement, amenait plusieurs
» évacuations de matières fécales, et excitait la diapho-
» rèse. Dans l'après-midi, dix grains de proto-chlorure
» de mercure, quatre grains de *poudre d'antimoine*
» (probablement le deutoxide d'antimoine) et un grain
» d'opium étaient pris régulièrement toutes les six
» heures jusqu'à ce que la salivation survînt; ce qui
» en général arrivait dans les cinquante heures, avec
» la cessation de la fièvre et une diminution de tous
» les symptômes; la faiblesse et le relâchement du ventre
» persistaient. Dans des cas plus graves, je donnai avec
» succès le proto-chlorure de mercure par scrupules.
» Le ptyalisme une fois établi, la sécrétion biliaire,
» dans plusieurs cas, continua à être irrégulière et
» vicieuse, et causa le retour des tranchées et du té-
» nesme. Ici l'excitation mercurielle était entretenue
» pendant quelque temps; à cet effet on diminuait la
» quantité de proto-chlorure et on l'unissait à la poudre
» d'ipécacuanha et à l'opium. On donnait pendant la
» convalescence une infusion amère; des préparations
» aromatiques, la rhubarbe et la magnésie dans de l'eau
» de menthe. Peu-à-peu j'employai avec succès la tein-
» ture de kino et de cachou avec le laudanum, lorsque
» la sécrétion de la membrane muqueuse continuait à
» être irritante, et que les intestins étaient dans un état
» d'atonie.

» Dans trois cas, la maladie fut précédée de consti-
» pation; l'un d'eux, en particulier, eut les symptômes
» ordinaires de la dysenterie; il fut saigné, on lui appli-
» qua un vésicatoire, et il prit cent vingt grains de proto-
» chlorure de mercure et des doses d'huile de ricin et
» de sulfate de magnésie, sans produire aucune évacua-

» tion. Le quatrième jour, le ventre devint tendu, et
» le malade eut à souffrir une augmentation des dou-
» leurs ; le pouls devint irrégulier. On lui fit encore
» une saignée de quatorze onces, on appliqua des fo-
» mentations et on administra des lavemens : une solu-
» tion de sulfate de magnésie avec addition d'acide sulfu-
» rique étendu fut aussi administrée. Six heures après, il
» y eut des selles extrêmement considérables de matières
» noires et dures avec hémorrhagie, le pouls se re-
» leva ; un ptyalisme abondant survint et fut suivi d'une
» convalescence rapide. »

Le chirurgien fait observer que lorsque l'économie commence à ressentir l'influence du mercure, et la maladie à céder, les premières évacuations sont généralement noires et suivies d'une grande quantité de mucosités et de sang ; que ces matières passent d'une couleur brune accompagnée de fétidité et d'acrimonie, à une couleur d'un vert clair, et enfin prennent la coloration et la consistance naturelles.

Chez les deux sujets qui succombèrent, on trouva des traces d'inflammation et des ulcérations dans les intestins, spécialement dans le colon et le rectum.

Le traitement ci-dessus mentionné, qui maintenant est universellement adopté par les praticiens qui exercent entre les tropiques, et ses succès, forment un contraste frappant avec la vieille routine, qui ne consistait qu'à purger continuellement. La fièvre qui accompagnait cette dysenterie paraît avoir eu un caractère typhoïde et contagieux. Nous ne pouvons en être surpris lorsque nous considérons les causes qui l'ont originairement produite, et la circonstance de l'encombrement, etc., par lesquelles elle a été développée.

— III. *Observation sur un clou avalé par un enfant de huit mois* (1); par M. le docteur W. THOMAS. — Le samedi, 3 avril 1814, je fus mandé en toute hâte chez M. Naptun, pour un enfant de huit mois passés, qui venait d'avaler un clou en fer, d'environ un pouce de longueur. A mon arrivée, je trouvai l'enfant dans de violentes convulsions, qui s'étaient manifestées immédiatement après l'introduction du clou dans l'œsophage. En examinant l'arrière-bouche on ne pouvait rien apercevoir. La tête du clou était très-large et inégale, je songeai un moment à donner un émétique; mais je prescrivis un bain tiède qui calma aussitôt les convulsions. Des vomissemens spontanés étant survenus, je les favorisai en donnant de l'eau tiède. Néanmoins l'agent irritant était toujours dans l'estomac, bien qu'on ne pût le sentir au-dehors, même lorsque cet organe était en repos et dans un état de vacuité. L'enfant ayant éprouvé du soulagement, dormait, restait couché, allait librement et régulièrement à la garderobe. Le quatrième jour, les selles devinrent noires et évidemment ferrugineuses (2) avec rétention d'urines; ayant remédié à cette dernière, tout allait bien jusqu'au septième jour (sans qu'aucune portion de fer eût été rendue), lorsque des symptômes analogues se montrèrent, c'est-à-dire les vomissemens et les convulsions, qui, en quelques heures, nécessitèrent l'emploi des mêmes moyens que la première fois. Peu-à-peu il survint de l'amélioration, jusqu'au quatorzième jour, où l'enfant éprouva encore pendant quel-

(1) *London Medical and Physical journal.*

(2) L'observateur n'indique pas les moyens employés pour s'assurer de la qualité *évidemment ferrugineuse* des selles. (*N. d. Tr.*)

ques heures des douleurs semblables aux premières. Ces symptômes reparurent encore le vingtième jour. Pendant les intervalles la santé fut bonne, exempte de douleur, l'enfant prenait bien le sein, et dormait d'un sommeil naturel. Dès ce moment il se rétablit rapidement, bien qu'il n'y ait eu d'autre indice du passage du clou dans les intestins, que les selles colorées du quatorzième jour, ayant observé ces dernières avec une attention particulière pendant plusieurs semaines.

N'est-il pas probable, dit le rédacteur anglais, que ces accès de souffrances à des intervalles réguliers étaient produits par les efforts du clou pour passer le pylore ? Ce fait tend, dit-il, à démontrer la force dissolvante du suc gastrique, qui aurait évidemment dissous le clou en causant quelque dérangement dans les fonctions (1).

Névralgie brachialé occasionée par la phlébotomie, et *guérie par l'acupuncture* (2). — Le 10 février 1825, madame Good, âgée de trente-deux ans, et au sixième mois de sa grossesse, réclama les soins du dispensaire de Saint-Georges et Saint-Jacques. A son admission, il fut constaté qu'il y avait environ quatre mois qu'elle avait été saignée au bras droit pour une céphalalgie accom-

(1) Un fait à-peu-près analogue était depuis long-temps à notre connaissance. L'un de nos anciens condisciples, M. le docteur Michel, actuellement médecin à Grenoble, avait avalé une pièce de monnaie de 50 cent., dont la présence occasiona, autant qu'il m'en souvient, de légères coliques. Quelque soin, quelque attention qu'il apportât depuis, et pendant long-temps, dans l'examen des selles, il ne put jamais y découvrir la moindre parcelle de matière métallique. Nous crûmes alors ne pouvoir expliquer cette circonstance remarquable, qu'en supposant que la dissolution du métal avait été opérée par le suc gastrique. L. J.

(2) *The London Medical and Physical journal.*

pagnée de vertiges. Au moment où la veine avait été ouverte, elle avait ressenti une douleur beaucoup plus vive et bien différente de celle occasionée par cette opération. Pendant l'écoulement du sang elle était tombée en syncope. La piqûre s'était guérie facilement, et pendant une semaine ensuite la malade n'avait éprouvé aucune douleur. Au bout de ce temps, à peu près, elle ressentit tout-à-coup une violente douleur qui naissait du pli du bras, et s'étendait le long de celui-ci à son côté interne, en suivant le trajet du nerf cutané interne (*branche interne du nerf cubito-cutané*. Ch.) jusqu'à la main. Le médius, l'index et le pouce, étaient également douloureux. La douleur était beaucoup plus vive à environ deux pouces au-dessous du condyle interne de l'humérus et dans les muscles formant *la partie charnue du pouce* (éminence thénar). Il y avait en outre une sensation de picotement à l'extrémité des doigts, et la malade se plaignait d'une douleur vers l'épine de l'omoplate droite. Ces symptômes avaient continué depuis, et avaient graduellement augmenté d'intensité. Au moment où la malade se présenta, la douleur était plus vive que jamais, particulièrement à l'extrémité supérieure de l'avant-bras et dans la cicatrice de la veine, mais elle ne dépassait pas ce point : il n'existait non plus aucune tuméfaction, aucun gonflement du membre dont elle avait alors presque entièrement perdu l'usage. Les douleurs étaient toujours plus fortes pendant la nuit, surtout lorsque le bras était placé dans le lit. La malade n'avait jamais été affectée de rhumatisme, sa santé était généralement assez bonne, bien que la langue fût légèrement chargée et qu'il y eût un peu de constipation. Avant son admission, quelques médicamens apéritifs et

un vésicatoire à l'épaule avaient été ordonnés ; des flanelles imbibées d'alcool avaient été appliquées sur l'avant-bras, mais sans aucun soulagement. Pendant le dernier mois elle s'était régulièrement présentée au dispensaire, et avait pris des purgatifs aloëtiques, des *pilules bleues* et de la coloquinte. En outre, elle avait usé de purgatifs salins, du camphre, de la valériane et de l'assa-fœtida. L'ammoniaque, le camphre et les linimens savonneux avec la teinture d'opium, avaient été employés en frictions sur l'avant-bras; on avait appliqué des fomentations chaudes, et tout cela sans le plus léger amendement dans la douleur. Le seul moyen qui parut produire quelque effet fut un long vésicatoire qui s'étendait du pli du bras jusque sur le poignet : tant qu'il continua à suppurer, la douleur fut un peu moindre; mais après cela, elle redevint aussi forte qu'avant, et la malade, pour rapporter ses expressions, préférait l'amputation à une souffrance plus long-temps prolongée. Tous ces moyens ayant été sans effet, on se décida à employer l'acupuncture. En conséquence, le 13, en présence de M. Baccot et de M. David Duncan, élève distingué, qui avait saigné la malade dès le commencement, des aiguilles furent introduites dans deux points différens, à l'extrémité supérieure et dans le milieu de l'avant-bras, à près de trois à quatre pouces de profondeur. On en fit autant sur l'éminence *thenar*, jusqu'à ce que l'aiguille eût presque traversé la main. Pour introduire l'instrument, on lui faisait exécuter un mouvement de rotation, mais on ne put le laisser pendant plus de quinze secondes. Il ne sortit pas de sang, et la malade ne ressentit qu'une légère douleur, excepté lorsque l'aiguille fut introduite dans les muscles du pouce.

Deux jours après, la douleur de l'avant-bras et du pouce continua sans aucune diminution, elle était même accompagnée d'un grand engourdissement du membre. Le troisième jour, la douleur était beaucoup diminuée, et l'engourdissement avait cessé. Le lendemain au matin, la malade n'éprouvait aucune douleur. Le 9 mai, elle vint au dispensaire, et assura qu'elle n'avait eu aucun retour de la douleur, que le bras était aussi libre, et qu'elle le sentait aussi fort qu'avant la première attaque. Quinze jours après, on la visita chez elle, et elle continuait à être bien et sans avoir eu aucun retour de la maladie.

IVe. VARIÉTÉS.

Institut Royal de France.

Séance du 15 *août*. — *Fièvre jaune*. — M. Moreau Joannès combat, dans un Mémoire qu'il lit sur la fièvre jaune, le système de la non-contagion, et appuie son opinion sur ses propres observations, sur celles des Écoles de Médecine de Paris et de Montpellier, et sur les décisions du Conseil général de salubrité et d'une Commission particulière qui fut nommée par le ministère français. Il ajoute que quand bien même l'introduction volontaire d'un virus contagieux n'emporterait pas, d'après nos lois, la peine de mort, le gouvernement français est trop sage pour exposer, sur l'assertion téméraire de quelques médecins, la France entière à devenir victime d'une fausse sécurité.

— *Cautérisation des boutons varioleux*. — M. Meyranx a lu un Mémoire sur les avantages de la cautérisation dans la variole et quelques autres maladies éruptives.

Il résulte des nombreuses observations qu'il a recueillies dans un grand hôpital, que la cautérisation n'anéantit les boutons varioliques que le premier et le deuxième jour de leur apparition. Lorsqu'on la pratique après ce temps, elle n'exerce aucun effet sur leur marche; ils parcourent leurs périodes ordinaires suivant leur ordre d'irruption, tandis que les pustules des membres se tuméfient, blanchissent, prennent une couleur argentine, qui fait ressortir l'auréole. Les pustules cautérisées de la face acquièrent le même développement, et laissent après leur chute des excavations et des taches indélébiles.

Il n'y a que la cautérisation pratiquée le premier et le deuxième jour qui fait avorter constamment les pustules varioliques, et qui s'oppose aux empreintes profondes que la variole laisse souvent après elle. M. Meyranx annonce aussi, d'après ses nombreuses recherches, que le procédé ordinaire dont se sert M. Serres, et qui consiste à arroser la face avec une solution de nitrate d'argent, n'éteint jamais les boutons varioliques. La croûte noire qui les couvre les laisse développer; le pus attaque le corps muqueux et le derme, et donne naissance à ces marques désagréables qu'on cherche à prévenir. M. le docteur Meyranx conseille donc d'ouvrir les pustules varioliques les unes après les autres, de les cautériser avec une parcelle de nitrate d'argent, ou avec la pointe d'un crayon armé d'un cylindre de ce sel, auquel on donne une dimension convenable. Cette méthode lui paraît être la seule à suivre tant dans la variole que dans la varicelle, le furoncle, les pustules vénériennes et dans quelques dartres.

Séance du 22 août. — MM. Costa et Lasserre adressent une lettre en réponse au Mémoire lu dans la séance précédente par M. Moreau Jonnès. La manière inconvenante dont cette lettre est rédigée en fait interrompre la lecture (1).

---

(1) Dans un moment où l'on semble vouloir reproduire la question de la contagion ou de la non-contagion de la fièvre jaune, il importe beaucoup de connaître sur quoi reposent les opinions de ceux qui sont

— L'Académie nomme M. Desmarets à la place de membre correspondant pour la section d'Histoire naturelle, vacante par la mort de M. Lamouroux.

— M. Longchamp lit un Mémoire sur les effets d'une haute température employée à la vaporisation des liquides.

— *Soufre natif.* — M. Julia Fontenelle donne lecture d'un Mémoire sur un banc de soufre natif qu'il a découvert à Narbonne. Ce soufre, qu'il croit hydraté, est très-léger et ne donne que 4,08 d'impuretés. Jusqu'ici on n'avait jamais rencontré le soufre en masse à l'état natif, et cette découverte de M. Julia-Fontenelle est d'une grande importance, si ce banc est assez étendu pour être exploité. Ce chimiste offre à l'Académie des échantillons de ce soufre et les ossemens fossiles dont le canal médullaire est cristallisé. Il présume, d'après l'état primitif des plaines de Coursan, de Chpertang, de l'étang Salin, de Livière et de l'étang salé d'Onveillan, que le département de l'Aude pourrait bien renfermer une mine de sel gemme. Ce Mémoire a été entendu avec beaucoup d'intérêt. MM. Vauquelin et Darcet ont été nommés Commissaires.

Séance du 29 août. — *Rage.* — M. Magendie présente un ouvrage de M. Marochetti, médecin russe, sur la rage, dans lequel il regarde comme constante l'existence des pustules

---

contre-contagionistes. Sans nous établir juges dans un tel procès, nous faisons observer qu'aucun de ces derniers, qui ont porté cette cause devant l'Institut, n'a jamais vu la fièvre jaune. L'un d'eux, M. Costa, n'est entré au lazaret de Bellegarde que long-temps après que la fièvre jaune eut cessé en Espagne; ce médecin, ainsi que M. Julia-Fontenelle l'a déclaré dans un journal, n'a jamais vu un seul malade atteint de la fièvre jaune. Malgré cela, il n'en soutient pas moins que MM. Pariset, François, Bailly, qui l'ont observée sur les lieux, se sont trompés sur le siége de cette maladie, et que leur traitement a été nuisible. Le silence de tels médecins à des assertions dépouillées d'observations personnelles, et la manière dont l'Académie royale des Sciences a accueilli la lettre de MM. Costa et Lasserre sur M. Moreau Jonnès, doit leur faire faire de sages réflexions.

sublinguales. Il conseille, pour le traitement de cette terrible maladie, leur cautérisation. M. Magendie est chargé d'en faire un rapport verbal.

— *Circulation du sang dans les veines.* — M. Duméril, tant en son nom qu'en celui de M. Cuvier, fait un rapport sur un Mémoire du docteur Barry, sur les causes de la circulation du sang dans les veines. M. Duméril fait observer la diversité des opinions des physiologistes sur les causes du mouvement du sang dans les veines. Tous, avant Bichat, l'attribuaient à l'impulsion du cœur; celui-ci crut qu'il était principalement dû à la faculté absorbante des extrémités veineuses. Certains l'ont attribué à la pression qu'exercent sur ces vaisseaux les muscles et les autres organes. Cependant le plus grand nombre d'auteurs ont reconnu que la circulation sanguine dans les veines a de grands rapports avec la respiration. Haller s'était déjà convaincu que dans le moment d'une forte inspiration les veines devenaient pâles et vides de sang, et que lors de l'expiration elles se remplissaient et se coloraient. Depuis long-temps M. Magendie et divers autres physiologistes ont confirmé ces faits.

Ces diverses opinions ont fixé l'attention du docteur Barry, et provoqué ses recherches sur cette partie de la physiologie. Ce médecin s'est proposé dans son Mémoire trois questions :

1°. De déterminer, par des expériences positives, quelle est la cause qui conduit le sang des extrémités des veines vers le cœur;

2°. D'indiquer d'une manière certaine quels sont les rapports qui existent entre la rapidité de la circulation veineuse et celle de la circulation artérielle;

3°. D'établir que l'abord continuel du sang veineux au cœur ne peut être assigné uniquement aux causes auxquelles il a été attribué jusqu'ici.

M. Barry a démontré le premier point de son travail en

faisant connaître, par des expériences très-ingénieuses, nouvelles et concluantes, que le sang ne traverse jamais les veines que dans le temps de l'inspiration; il a même fait voir que tous les faits connus peuvent trouver leur explication, pour l'homme et les animaux qui lui ressemblent, dans l'effet mécanique de la pression de l'air.

Quant à la seconde question, l'opinion de ce médecin, que la fréquence du pouls ne donne pas immédiatement la preuve de la rapidité du cours du sang, mais qu'elle indique seulement la manière dont l'inspiration succède à l'expiration; cette opinion, dis-je, ne repose point sur des expériences évidentes, mais seulement sur des raisonnemens.

Quant à la dernière question de M. le docteur Barry, MM. les Commissaires se sont attachés à décider jusqu'à quel point était fondée la réclamation du docteur Zuugenbuhler, qui prétend à la priorité, comme ayant, dès 1815, établi, dans une dissertation *ad hoc*, que le mouvement du sang dans les veines était dû à la pression atmosphérique. Ils ont vérifié que ce dernier, tout en reconnaissant l'action très-évidente de la pression de l'atmosphère, regarde le cœur comme la cause première du vide qui s'opère dans ce système, tandis que M. Barry attribue la dilatation du cœur et de ses oreillettes à la tendance au vide qui s'opère dans toute la cavité de la poitrine, démontrant cette action par des expériences positives, tandis que M. Zugenbuhler ne fonde la sienne que sur des raisonnemens. MM. les Commissaires présentent ce travail comme digne d'être inséré dans les Mémoires des Savans étrangers. L'Académie adopte ces conclusions.

M. Magendie fait observer que plusieurs physiologistes ont annoncé l'influence de la respiration sur le mouvement du sang, et qu'il l'a constaté lui-même dans ses ouvrages; il ajoute que regarder l'inspiration comme la cause essentielle de la circulation veineuse, c'est une opinion qui ne peut pas

même être soutenue en mécanique : il aurait désiré que MM. les Commissaires se fussent prononcés à cet égard.

M. Duméril répond que MM. les commissaires ont fait mention dans leur rapport de la plupart des faits cités par M. Magendie, et qu'ils n'ont pas cru devoir prononcer sur l'opinion exclusive du docteur Barry; mais que l'opinion particulière de la Commission est que le vide qui se produit dans les poumons des mammifères suffit pour rendre raison du mouvement du sang dans les veines. On doit recourir à d'autres causes pour expliquer ce même mouvement chez les animaux qui, comme les reptiles et les poissons, sont privés de poumons et ne peuvent respirer qu'en opérant la déglutition de l'air.

— M. le docteur Civiale lit la première partie d'un travail sur l'historique de la *méthode lithontriptique*, dont il dit être l'inventeur. Comme quelques réclamations ont été faites à ce sujet, et que ce médecin n'a pas encore fait connaître la seconde partie de son Mémoire, nous attendrons, pour en rendre compte, qu'il l'ait communiquée à l'Académie.

Académie Royale de Médecine.

Séance du 5 juillet. — Pièces d'anatomie artificielle. — M. Alard fait un rapport sur une pièce d'anatomie artificielle, exécutée par M. Auzoux; cette pièce représente un homme de grandeur naturelle, dont toutes les parties de l'extérieur à l'intérieur peuvent se déplacer successivement, et conséquemment peuvent être étudiées séparément sous le rapport de leur grandeur, de leur figure, de leurs connexions. Ainsi la peau enlevée laisse voir les veines sous-cutanées, la couche superficielle des muscles, puis la couche profonde, et ainsi de suite jusqu'au squelette. Il en est de même des viscères intérieurs; des coupes habiles permettent de voir les

différentes parties qué présente l'intérieur de l'encéphale, celles qui composent l'intérieur de l'œil, etc.

Hydropisie enkystée du foie. — M. Masseau, correspondant de l'Académie, donne lecture d'une observation d'hydropisie enkystée du foie, dont on a tenté l'ouverture. L'opération se fit de la manière suivante : on appliqua un morceau de pierre à cautère au lieu où la fluctuation se faisait sentir à l'extérieur, à trois travers de doigt au-dessous du cartilage de la septième vraie côte, et à six pouces de la ligne blanche; et quand l'escarre fut tombée, on incisa quelques fibres musculaires qui recouvraient encore le kyste, et on y plongea le bistouri. La malade périt le lendemain de l'opération, A l'ouverture du cadavre, on reconnut que le kyste était situé à la face convexe du foie, lui adhérait fortement, était de nature fibreuse, tapissé cependant dans son intérieur d'une fausse membrane albumineuse, et enfin communiquait par une petite ouverture à travers la substance du foie avec le conduit hépatique. La malade avait eu une fois, dans le cours de sa maladie, des vomissemens d'un liquide séreux et limpide, et l'auteur de l'observation croit que ce liquide était celui du kyste qui s'écoula cette fois par cette voie.

Section de Médecine. — *Séance du 12 juillet.* — *Tumeur de l'ovaire droit.* — MM. Hamel, Marc et Desormeaux font un rapport sur un Mémoire de M. Velter, médecin à Mulhouse, relatif à une tumeur de l'ovaire droit. Cette tumeur survint chez une femme de vingt-cinq ans, à la suite d'un coup sur l'abdomen; elle employa dix-sept ans à croître, et quand elle fit périr la malade à quarante-deux ans, elle avait acquis un poids de cinquante-six livres; sa substance était homogène, grisâtre, de consistance presque cartilagineuse, sau trois points où elle était ramollie, et assez semblable à la substance de l'encéphale; pendant long-temps elle n'incommoda que par son poids, et ce n'est que trois mois avant la

mort qu'elle commença à altérer la santé générale de la femme qui la portait.

Choléra morbus. — MM. Andral fils, Husson et Désormeaux font un rapport sur un Mémoire de M. Tanchou, intitulé : *Parallèle d'une affection qui a régné à Paris pendant les mois d'août et de septembre 1824, avec le choléra-morbus qui a régné à Madras en 1817 et 1818, et à Bagdad en 1821.* L'affection que M. Tanchou a observée à Paris a paru être, tantôt de nature nerveuse et cédait en effet à des opiacés, tantôt était une véritable gastro-entérite : les rapporteurs pensent, avec ce médecin, qu'elle peut être rapprochée du choléra-morbus de l'Inde, et qu'elle n'en diffère que par une moindre intensité, les conditions qui ont présidé à son développement étant seulement moins puissantes; ils trouvent, en effet, entre l'une et l'autre, analogie de causes, de symptômes, de siége, d'altérations morbifiques; le même traitement leur a été appliqué avec succès, de sorte qu'il n'y avait de différences que celles qui doivent résulter de la grande diversité des climats.

Tumeurs enkystées dans l'abdomen. — M. Andral fils communique à la section le fait pathologique suivant, avec les pièces anatomiques à l'appui. Un homme entre à la Charité, ayant dans l'abdomen une tumeur volumineuse qui remplit les deux hypocondres et l'épigastre; plusieurs mois avant, il avait senti une douleur sourde vers l'hypocondre droit, et avait eu la jaunisse. Il meurt au bout de quelque temps, après avoir présenté tour-à-tour des symptômes de phthisie pulmonaire, d'entérite et de péritonite. A l'ouverture, on trouve des tubercules dans le poumon, un épanchement séro-purulent avec pseudo-membranes dans le péritoine, de la rougeur dans le gros intestin, et enfin les trois lésions suivantes : 1°. une tumeur enkystée, grosse comme une tête de fœtus à terme, située entre le rein droit et la face con-

cave du foie ; elle paraissait avoir pris naissance dans le péritoine, était à parois fibreuses, et remplie par un liquide purulent au milieu duquel nageaient des débris des membranes d'hydatides acéphalocystes ; M. Andral croit que cette tumeur avait été primitivement un sac hydatifère, dans lequel les hydatides avaient été successivement rompues, détruites et remplacées par du pus. La tumeur avait déplacé le foie, qui, chassé de l'hypocondre droit, faisait dans l'épigastre et l'hypocondre gauche une saillie considérable : de plus, le lobe droit de cet organe comprimé par la tumeur avait subi une véritable atrophie, et au contraire le lobe gauche avait acquis un volume insolite ; sa substance, du reste, était saine ; 2°. un second kyste, gros comme une bourse, rempli aussi d'hydatides acéphalocystes crevées et roulées, qui était situé sur le trajet des vaisseaux biliaires et les comprimait : autour, et entre les membranes rompues des acéphalocystes, existait une matière suifeuse abondante, semblable à celle que l'on trouve quelquefois dans certains kystes des ovaires, où elle est ordinairement mêlée à des touffes de poils ; 3°. enfin un ancien caillot solide qui obstruait entièrement la veine cave inférieure, depuis l'origine des rénales jusqu'un peu au-dessus des iliaques primitives ; ce caillot ressemblait aux couches fibrineuses anciennes qui remplissent le sac des anévrysmes ; les parois de la veine avaient subi une véritable hypertrophie, un épaississement notable qui semblait être le résultat d'une inflammation chronique ; cependant il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs, parce que les veines fémorales et pelviennes étaient libres, et qu'à l'aide de veines collatérales, qui étaient fort dilatées, ces vaisseaux se dégorgeaient et dans la veine cave supérieure et dans la veine azygos.

Phthisie pulmonaire. — MM. Chomel, Bourdois de la Motte et Royer-Collard font un rapport sur un Mémoire de

M. le docteur Louis, intitulé : *Recherches Anatomico-pathologiques sur la Phthisie pulmonaire* (1).

Séance du 26 juillet. — Allaitement dans les grandes villes et à la campagne. — MM. Villermé, Guersent et Jadelot font un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Lachaise, de Paris, intitulé : *Exposé des chances défavorables de santé et de vie qui sont dévolues aux enfans de la première année, élevés dans le centre des quartiers populeux des grandes villes, et particulièrement de Paris.* Selon M. Lachaise, il naît annuellement, terme moyen, 22,500 enfans à Paris : sur ce nombre, les deux tiers sont aussitôt envoyés à la campagne pour y être nourris ; savoir, 4,200 par l'hospice de la Maternité, 3,000 par les soins du bureau des nourrices, rue Sainte-Apolline, et 5,000 à 6,000 par les soins directs de leurs parens ; des 7 à 8,000 restans, il en meurt dans la première année 4,160, c'est-à-dire plus de la moitié : la mortalité est moindre au contraire pour ceux qui ont été confiés à la campagne à un allaitement étranger ; on en conserve plus de trois sur cinq. Pourquoi cette différence au détriment des enfans nourris à Paris ? M. Lachaise l'attribue à la résidence des mères dans des quartiers humides et mal-propres, dans des rez-de-chaussée, des arrière-boutiques, des entresols obscurs, où les enfans privés d'air et de soleil s'étiolent et deviennent scrofuleux.

SECTION DE CHIRURGIE. *Séance du 14 juillet. — Tumeur cancéreuse, hydatique.* — M. Lisfranc donne des détails sur l'ablation qu'il a faite d'une tumeur volumineuse, située sur le bord postérieur du creux de l'aisselle, qui envoyait des prolongemens dans les interstices de plusieurs des muscles voisins, et qui paraissait être de nature cancéreuse. — M. Roux a vu périr récemment à la Charité un homme qui portait sur la région de l'omoplate une tumeur volumineuse,

(1) Voir le Rapport, ci-après, pag. 474.

qui paraissait être un abcès froid, mais qui se trouva être une tumeur hydatique formée de deux portions séparées l'une de l'autre par l'omoplate et communiquant entre elles par un trou rond dont était percé cet os.

Étranglement intestinal. — M. Eméry communique un cas d'engorgement de l'appendice cœcale par des matières fécales dures, avec rétrécissement du cœcum là où existe la valvule iléocœcale; les accidens d'un étranglement intérieur se manifestèrent et la mort en fut la suite.

SECTION DE PHARMACIE. — *Séance du 2 juillet.* — *Analyse végétale.* — MM. Pelletier et Guibourt font un rapport sur un travail de M. Robinet, relatif aux analyses végétales qu'il a tentées au moyen de solutions salines : il résulte de ce travail, qu'en versant une matière saline très-soluble, comme du sel marin, dans un liquide contenant de l'extrait d'opium en dissolution, par exemple, les divers matériaux de l'opium seront précipités en raison de leur moindre degré de solubilité, la matière résineuse d'abord, et ainsi des autres jusqu'à ce que l'équilibre s'établisse dans les liqueurs.

Séance du 16 juillet. — *Analyse chimique de l'opium.* — MM. Pelletier et Guibourt font un rapport sur un Mémoire de M. Robinet, relatif à une analyse de l'opium, au moyen des solutions salines. Par ce mode nouveau d'analyse, M. Robinet a obtenu un sel de morphine, qui, par le refroidissement, crystallise en aiguilles ou en mamelons soyeux; ce sel n'est pas, comme on l'avait cru jusqu'ici, un méconate de morphine, mais un alcali végétal uni à un acide particulier qu'avait entrevu M. Robiquet, mais que M. Robinet a désormais mis hors de doute, et que de concert avec les rapporteurs il propose d'appeler *acide codéique;* on doit donc appeler le sel *codéate de morphine;* il a la propriété de devenir bleu avec les sels de fer suroxydés. Dans son analyse, M. Robinet montre encore que la résine molle qu'on retire

de l'opium, et que Bucholz avait dit être du caoutchouc, n'en est pas.

Quina bicolorata. — M. Pelletier communique à la section l'analyse qu'il a faite avec M. Petroz, de l'écorce fébrifuge célèbre en Italie, sous le nom de *quina bicolorata*, et dont le professeur Bréra avait envoyé des échantillons; il paraît que ce n'est pas un véritable quinquina; on n'y a trouvé ni quinine, ni cinchonine, mais un principe amer qui est comparable à de la colocynthine.

Rapport fait à l'Académie Royale de Médecine sur un manuscrit intitulé : Recherches anatomico-pathologiques, sur la Phthisie; *par* M. Louis (1).

Vous nous avez chargés, MM. Bourdois, Royer-Collard et moi, de vous faire un rapport sur un manuscrit de M. Louis, intitulé: *Recherches Anatomico-Pathologiques sur la Phthisie.* Ce sujet a été traité d'une manière si profonde par Bayle, que celui qui tente après lui d'écrire sur la même matière sera presque inévitablement l'objet d'une prévention défavorable; mais cette prévention cesse bientôt, quand on voit quelles circonstances ont porté M. Louis à écrire sur cette matière, et à quels résultats ses observations l'ont conduit.

Parvenu à l'âge où la plupart des médecins cessent de suivre les hôpitaux, et surtout de recueillir des observations, pour se livrer exclusivement à la pratique, M. Louis a quitté la pratique pour se consacrer entièrement à l'étude des faits.

Depuis le mois d'octobre 1821 jusqu'à l'époque actuelle, il a recueilli avec un soin scrupuleux l'histoire de tous les malades admis dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph de l'hôpital de la Charité. Le nombre de ces malades s'élève à 1960, entre lesquels 358 ont succombé. Parmi ces derniers 127 sont morts phthisiques, et 40 autres, qui ont été em-

---

(1) Un vol. in-8°., à Paris, chez Gabon et Cie. Prix, 7 fr.

portés par des maladies différentes, avaient des tubercules dans les poumons. Cette lésion existait donc chez presque la moitié des sujets qui ont succombé, et elle a été chez un tiers d'entre eux la cause principale, sinon exclusive, de la mort. Le rapprochement d'un aussi grand nombre de faits, qu'il n'avait d'abord recueillis que pour sa propre instruction, a présenté à M. Louis des résultats assez importans pour qu'il ait cru devoir en faire hommage à l'Académie.

Son travail est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'examen des lésions anatomiques, observées dans les poumons et les autres organes ; la seconde, à l'exposition des symptômes qui se rattachent à chacune de ces lésions. L'auteur y a joint quelques considérations relatives à l'histoire générale de la phthisie, à ses causes, à sa durée ; et parmi les observations qu'il a recueillies, et qui forment la base de son travail, il en a choisi cinquante, qu'il a rapportées comme pièces à l'appui des résultats qu'il présente.

C'est seulement de la phthisie tuberculeuse qu'il traite : il pense, avec M. Laennec, que les granulations de Bayle ne sont que des tubercules commençans, et que le cancer, l'ulcération, la mélanose et les calculs des poumons doivent être rapportés à d'autres ordres de maladies.

Première partie. Les lésions anatomiques observées dans les poumons ont été si bien décrites par Bayle et par M. Laennec, que l'auteur s'est borné à une description très-succincte dans laquelle on trouve néanmoins plusieurs remarques qui lui sont propres. Il a remarqué, par exemple, que non-seulement les tubercules affectent spécialement, comme on l'a dit, le sommet des poumons, mais encore que dans le cas où ils envahissent leurs divers lobes, ceux qui occupent le sommet sont plus nombreux et plus gros, et qu'ils se ramollissent à une époque où ceux de la base sont encore durs. Il fait ainsi observer que les différences relatives au nombre, au volume, et à l'état plus ou moins avancé des tubercules,

s'appliquent plus exactement au lobe supérieur comparé à l'inférieur, qu'au sommet comparé à la base. Il a plusieurs fois rencontré le lobe supérieur entièrement désorganisé, et à la même hauteur, les parties correspondantes du lobe inférieur encore perméables à l'air et parsemées seulement de quelques tubercules. A la suite de ces remarques viennent deux observations curieuses, l'une dans laquelle une large excavation était remplie par un caillot fibrineux, l'autre dans laquelle un fragment de tissu pulmonaire, parfaitement sain en apparence, était renfermé dans une caverne, sans adhérence d'aucun côté à ses parois.

Le conduit aérien a offert à M. Louis des lésions qui n'avaient été qu'incomplètement décrites par Bayle. Sur cent sujets, ce médecin n'avait trouvé de lésion au larynx que dans dix-sept cas; les ulcérations de la trachée-artère sont bien plus rares, selon lui, et il n'indique même pas la proportion des cas dans lesquels il les a rencontrées; il ne dit rien de celles de l'épiglotte. Sur 102 sujets, M. Louis a trouvé dix-huit fois l'épiglotte ulcérée, le larynx vingt-trois, et la trachée-artère trente-une. Dans plusieurs cas, il a vu les ulcérations de la trachée-artère occuper toute sa portion charnue, et chez un sujet plusieurs cerceaux cartilagineux complètement détruits dans une partie de leur étendue par les progrès de l'ulcère. Quant à la membrane muqueuse des bronches, elle ne lui a offert le plus souvent aucune altération dans le voisinage des tubercules crus, tandis que près des excavations, et surtout de celles qui sont très-grandes, et qu'il est naturel de considérer comme anciennes, cette membrane est presque toujours épaissie et rouge. Il en conclut que l'inflammation de la muqueuse bronchique étant postérieure à la fonte des tubercules, ne peut être considérée comme la cause qui produit ces derniers, mais bien plutôt comme l'effet de l'irritation déterminée sur elle par la matière que les excavations versent dans ces conduits. La dispo-

sition des ulcérations de la trachée, qui sont plus nombreuses et plus larges à sa paroi postérieure, celle des ulcérations de l'épiglotte, qui occupent à-peu-près exclusivement la surface laryngée, donnent lieu de croire, suivant M. Louis, que l'irritation déterminée sur ces parties par le contact des crachats est une des causes qui les produit.

Chez le dixième des sujets, le parenchyme pulmonaire était le siége d'une inflammation aiguë survenue dans les derniers jours de l'existence.

Les adhérences de la plèvre, qui sont si communes chez les phthisiques, ont particulièrement attiré l'attention de l'auteur. Il n'a trouvé qu'un seul cas où les deux poumons fussent parfaitement libres. Il a observé généralement une sorte de proportion entre les adhérences et le désordre intérieur : quand les adhérences étaient faibles et légères, l'examen des poumons n'offrait que de très-petites excavations; quand les poumons étaient partout et fortement adhérens, ils présentaient presque toujours de vastes cavernes.

On a fait depuis long-temps l'observation que les tubercules se développent souvent dans plusieurs organes à-la-fois, et que chez les phthisiques, en particulier, il s'en rencontrait fréquemment dans d'autres parties, en même temps que dans les poumons. Bayle avait constaté la présence de la matière tuberculeuse dans les intestins; mais personne n'avait encore présenté les résultats numériques que contient l'ouvrage de M. Louis. Il a reconnu la présence des tubercules ou de la matière tuberculeuse,

Dans l'intestin grêle, chez près du tiers des sujets.

Dans le gros intestin, chez le neuvième.

Dans les glandes mésentériques, chez le quart.

Dans les glandes cervicales, chez le dixième.

Dans les glandes lombaires, chez un douzième.

Dans la prostate, chez un treizième.

Dans la rate, chez un quatorzième.

Dans les ovaires, sur un vingtième.

Dans les reins, sur un quarantième.

Dans la matrice, le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, les uretères,	chez un seul sujet.

Ces recherches, faites avec un soin presque minutieux, ont conduit M. Louis à un résultat fort important. Aucun des 358 sujets qu'il a ouverts n'a présenté de tubercules dans un organe quelconque, qu'il n'en eût aussi dans les poumons. Les concrétions tuberculeuses qui se forment dans les inflammations chroniques des membranes séreuses n'ont pas même fait exception. L'examen attentif des poumons a fait reconnaître, dans tous les cas de ce genre qui se sont présentés à M. Louis, l'existence de tubercules dans ces organes. Chez un seul individu, mort de fièvre grave, et dont les poumons ont paru sains, les glandes mésentériques contenaient quelques grains tuberculeux. Cette observation, faite sur plus de 350 sujets, âgés de plus de quinze ans, sera-t-elle applicable aux enfans? C'est ce que de nombreuses ouvertures de cadavres pourront seules décider.

L'étude anatomique des organes qui ne sont pas le siége spécial de la phthisie a fourni à M. Louis plusieurs autres faits intéressans.

Le cœur n'a offert d'augmentation de volume que sur trois sujets, et cette augmentation avait lieu dans le ventricule gauche. Dans le petit nombre de cas où le cœur a offert quelque changement d'épaisseur, c'était aussi presque toujours du côté gauche que cette lésion existait. Ces faits montrent la valeur des suppositions théoriques de quelques auteurs, qui considèrent l'endurcissement tuberculeux des poumons comme une des causes les plus actives des maladies du cœur en général, et particulièrement des cavités

droites. Chez la plupart des phthisiques, M. Louis a trouvé le cœur diminué dans la même proportion que les autres viscères. L'aorte, mesurée comparativement, et dans toute sa longueur, chez les phthisiques et chez les sujets qui avaient succombé à des affections différentes, s'est trouvée plus étroite chez les phthisiques que sur les individus morts d'affections aiguës, mais moins étroite que chez ceux qui avaient succombé à des affections cancéreuses. Chez un quart des sujets, l'aorte a présenté une rougeur remarquable de sa face interne, mais sans changement de consistance et d'épaisseur dans ses membranes. Ces lésions n'ont pas été signalées par Bayle, non plus que celles du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, dont il est ensuite question.

Les ulcérations de l'œsophage et du pharynx se sont présentées deux fois seulement. L'œsophage a offert, de plus, chez trois sujets, un amincissement avec ramollissement de ses membranes à son extrémité cardiaque. Les ulcérations du pharynx et de l'œsophage n'ont été rencontrées chez aucun des individus qui ont succombé à d'autres maladies chroniques : elles ne se sont montrées que chez des phthisiques et chez des sujets morts de fièvres graves.

Sur quatre-vingt-seize sujets dont l'estomac a été examiné avec soin, M. Louis a trouvé neuf fois le volume de ce viscère double ou triple de ce qu'il est ordinairement ; la grande courbure descendait au niveau de la crête de l'os des îles. Le même changement, dans la grandeur et la position de l'estomac, ne s'est rencontré que deux fois chez les sujets qui avaient succombé à d'autres maladies. Mais bien que ce phénomène soit assez remarquable, l'estomac offre dans sa structure des lésions beaucoup plus importantes, et qui déjà ont été signalées dans le Mémoire de l'auteur sur le Ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette membrane, attentivement examinée chez quatre-vingt-seize phthisiques, a offert chez soixante-six-

sept d'entre eux des lésions notables, telles que le ramollissement avec amincissement, la rougeur avec épaississement, un aspect mamelonné, etc., : dans deux cas, elle a présenté des ulcérations sans aucun changement de structure ou de couleur. Cette même membrane examinée comparativement chez un nombre à-peu-près égal de sujets qui avaient succombé à d'autres maladies chroniques, n'a offert d'altérations que dans la moitié des cas : ces altérations étaient moins considérables ; le ramollissement avec amincissement, qui, sur quatre-vingt-seize phthisiques, s'est rencontré dix-neuf fois, n'a été observé que six fois parmi quatre-vingt-quatorze individus morts de maladies chroniques autres que la phthisie. Les lésions de l'estomac ont ainsi été beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves chez les phthisiques.

Le *duodénum* a présenté trois fois des ulcérations, et dans un certain nombre de cas une augmentation de volume de ses cryptes muqueuses.

L'étude des lésions anatomiques dont les *intestins grêles* sont fréquemment le siége, a conduit M. Louis à fixer son attention sur les plaques elliptiques formées par l'agglomération des cryptes muqueuses dont quelques anatomistes ont parlé, mais auxquelles on n'a pas généralement attaché l'importance qu'elles méritent. M. Louis a reconnu que ces plaques qui existent dans l'état sain, et qui sont situées à l'opposite du mésentère, ne participent que fort peu aux lésions de la membrane muqueuse qui les entoure, et sont souvent le siége de lésions auxquelles cette membrane n'a point de part. Ces plaques sont le siége le plus ordinaire des ulcérations, soit chez les phthisiques, soit chez les sujets atteints de fièvres graves. M. Louis a trouvé ces ulcérations chez les cinq sixièmes des phthisiques, ce qui porte à croire qu'il a examiné ces organes avec plus de soin encore que ne l'avait fait le scrupuleux Bayle, qui n'avait trouvé de lésions des intestins que chez les deux tiers des sujets. Ces ulcères

ont encore offert dans leur développement cette circonstance remarquable, que quand ils étaient bornés à la muqueuse, la tunique celluleuse était fort épaissie, et que lorsqu'ils avaient détruit celle-ci, la tunique musculaire présentait le même épaississement; en sorte qu'en même temps qu'une des membranes s'ulcérait, l'autre acquérait une plus grande épaisseur, et retardait ainsi la perforation de l'intestin. La membrane muqueuse présente, en outre, quelquefois de la rougeur; elle est rarement ramollie et épaissie.

Le *gros intestin* a offert un peu moins fréquemment que l'intestin grêle des ulcérations; mais ces ulcérations y étaient plus larges. Plusieurs fois M. Louis a trouvé le cœcum et le colon ascendant ulcérés dans toute leur étendue. Le ramollissement de la membrane muqueuse s'y est montré plus fréquemment que dans l'intestin grêle : il existait chez les trois quarts des sujets.

La dégénérescence tuberculeuse des *glandes lymphatiques* du mésentère a été reconnue, comme nous l'avons dit, sur le quart des sujets, qui, tous, avaient des ulcères dans les intestins; mais il s'en faut que les tubercules aient toujours été en proportion avec le nombre et la grandeur des ulcères. Dans un cas, en particulier, où toutes les glandes mésentériques étaient tuberculeuses, il n'y avait dans tout le conduit intestinal qu'un fort petit ulcère d'une ligne de diamètre, qui occupait l'intestin grêle, la membrane muqueuse étant d'ailleurs parfaitement saine dans toute son étendue. Chez beaucoup de sujets dont les intestins étaient ulcérés, il n'y avait aucune glande mésentérique tuberculeuse.

L'auteur n'a pas trouvé un rapport plus constant entre la présence d'ulcères dans la trachée et l'existence de tubercules dans les glandes cervicales. Il en conclut que la dégénérescence tuberculeuse des glandes lymphatiques doit être rapportée à d'autres causes que l'inflammation ou l'ulcération des membranes voisines.

L'*état graisseux du foie* signalé par Bayle, qui n'en a pas rigoureusement déterminé la fréquence, est une des lésions les plus remarquables qui aient lieu dans la phthisie : elle semble, pour ainsi dire, propre à cette affection. M. Louis l'a constatée chez les deux tiers des phthisiques, tandis que sur deux cent vingt individus qui ont succombé à des maladies autres que la phthisie, il ne l'a rencontré que deux fois. Il a aussi été conduit à reconnaître qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de neuf à deux. Le duodénum était sain dans la grande majorité des cas. Ce fait n'est pas indifférent aujourd'hui qu'on a annoncé que les maladies des organes glanduleux étaient toujours consécutives à celles des membranes voisines.

La *rate* a offert dans cette affection, comme dans beaucoup d'autres, de fréquentes altérations de consistance et de volume. Plusieurs fois, comme nous l'avons vu, la dégénérescence tuberculeuse y a été observée, ainsi que dans le foie, les reins, les uretères, la prostate, les vésicules séminales, les ovaires et l'utérus.

Le *péritoine* a présenté chez quatre individus des traces d'inflammation récente. Chez un autre il a offert des granulations miliaires demi-transparentes. Dans un cas, les deux replis de cette membrane, connus sous le nom d'épiploon et de mésentère, étaient formés de matière tuberculeuse et de matière grise demi-transparente imparfaitement mélangées, et avaient acquis l'épaisseur d'un pouce et plus.

Le *cerveau* a aussi offert quelques lésions remarquables. Chez les trois quarts des sujets les ventricules latéraux contenaient d'une à trois cuillerées de sérosité, et le tissu sous-arachnoïdien de la partie supérieure du cerveau était infiltré. Chez cinq sujets le cerveau était ramolli en totalité; chez cinq autres, le ramollissement était partiel, pulpeux et borné au centre. L'amas de petites granulations qu'on

trouve souvent au sommet du cerveau, sur les côtés du sinus longitudinal supérieur, et qui est regardé par quelques anatomistes comme de nature glanduleuse, paraît à M. Louis devoir être rapporté aux productions morbides. Il appuie cette opinion, 1°. sur leur absence complète chez beaucoup d'individus; 2°. dans les cas où ils existent, sur l'inégalité qu'ils présentent dans leur développement, et sur l'altération qu'offre constamment l'arachnoïde autour d'eux; elle est épaissie et opaque.

Cette première partie de l'ouvrage de M. Louis est terminée par une discussion, dans laquelle il examine quelles sont celles de ces diverses lésions qu'on doit considérer comme propres à la phthisie, et celles qu'on doit regarder comme accidentelles. Il rapporte aux premières les adhérences des poumons, ou du moins celles du sommet dans beaucoup de cas, les ulcères des voies aériennes et digestives, la dégénérescence graisseuse du foie et l'affection tuberculeuse partout où elle s'est montrée; aux secondes, la péripneumonie, la pleurésie aiguë, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, la péritonite, l'arachnitis et le ramollissement du cerveau.

Deuxième partie. Après avoir fait une description succincte de la phthisie, toujours d'après les faits qu'il a recueillis, l'auteur examine en particulier quelques-uns de ses principaux symptômes, et fixe, d'après ses observations, leur fréquence, l'époque de leur apparition, et quelques autres circonstances dont les auteurs n'ont parlé jusqu'ici que d'une manière vague.

L'*hémoptysie*, par laquelle il commence, s'est montrée chez les deux tiers des sujets phthisiques : chez le cinquième, elle a paru avant la toux et les crachats. Parmi les 1960 individus dont l'auteur a recueilli l'observation, aucun de ceux qui n'étaient pas phthisiques n'avait eu d'hémoptysie, à part quelques individus, par suite de violence extérieure, telle qu'une contusion sur la poitrine, ou une chute, et un petit

nombre de femmes par suite de la suppression des règles. L'auteur en conclut qu'à part les cas précités, une hémoptysie abondante rend *très-probable* l'existence des tubercules dans les poumons. Vos Commissaires estiment que cette terrible conséquence est heureusement infirmée par beaucoup d'autres faits. Du reste, l'hémoptysie s'est montrée plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de 3 à 2.

Les *douleurs* de poitrine qu'éprouvent les phthisiques peuvent être rapportées aux tubercules pulmonaires ou aux adhérences de la plèvre ; et comme ces deux genres de lésions sont presque toujours réunis, il est difficile de déterminer par l'ouverture des corps quel est celui qui produit la douleur. La vive sensibilité de la plèvre et l'absence bien constatée de douleurs dans un grand nombre de cas de tubercules extérieurs ou intérieurs, portent à croire que ce phénomène a son siége dans la membrane extérieure des poumons, plutôt que dans leur parenchyme. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi : une femme, dont l'observation est rapportée dans cet ouvrage, avait éprouvé pendant les quinze jours qui précédèrent sa mort, des douleurs entre les épaules, et l'examen du cadavre n'offrit que des tubercules enkystés sans aucune adhérence, et, de plus, tous les sujets chez lesquels ces adhérences étaient bornées au sommet des poumons n'avaient point accusé, pendant leur vie, de douleurs de poitrine.

L'examen de l'*appareil fébrile* qui survient chez tous les phthisiques, dans la seconde période de la maladie, a présenté le résultat suivant. Les frissons ont eu lieu chez les cinq sixièmes des malades ; les sueurs chez les neuf dixièmes. L'opinion émise par les anciens auteurs, et répétée par tous les modernes, que les sueurs alternent avec la diarrhée, se trouve en opposition avec les faits observés par M. Louis, non-seulement dans la phthisie, mais encore dans les autres maladies. L'auteur a bien vu quelquefois la diarrhée diminuer

pendant deux à trois jours quand les sueurs paraissaient, mais bientôt elle reprenait son intensité première, sans que celles-ci perdissent rien de la leur. A propos de ces sueurs abondantes et prolongées, M. Louis fait la remarque fort naturelle qu'une fonction peut être pendant long-temps profondément altérée, sans que la structure de l'organe qui en est chargé offre de changement appréciable à nos sens.

Le *dévoiement* s'est montré chez tous les sujets, à part un sur trente sept. Quand il n'avait précédé la mort que de peu de temps, de cinq à vingt jours, par exemple, on ne trouvait ordinairement dans les intestins que de très-petits ulcères, et la membrane muqueuse était ramollie, souvent rouge et épaissie. Quand la diarrhée était ancienne et qu'elle avait été continue, il existait presque toujours de vastes et nombreux ulcères dans l'un ou l'autre intestin, quelquefois dans les deux. La diarrhée n'avait pas été moins forte quand les ulcères occupaient principalement l'intestin grêle, que quand ils étaient plus considérables dans le gros intestin; observation qui n'est pas indifférente aujourd'hui que quelques médecins systématiques ont placé dans le colon le siége exclusif de la diarrhée.

Les symptômes qui se rattachent au ramollissement de l'estomac, à la perforation du poumon, et au pneumo-thorax, qui en est la suite, et dont l'auteur a rapporté sept observations, aux ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée, sont l'objet d'un examen spécial. Nous ne vous entretiendrons pas des symptômes fournis par le ramollissement de l'estomac et par la perforation du poumon, sur lesquels M. Louis vous a présenté deux Mémoires particuliers; nous ne vous parlerons que des autres lésions.

Les sujets chez lesquels l'épiglotte était ulcérée avaient éprouvé une douleur fixe au niveau du sommet ou au-dessus du cartilage thyroïde, de la gêne dans la déglutition, portée quelquefois au point que les liquides refluaient par le nez.

Une douleur locale plus ou moins vive, et l'aphonie complète pendant un ou plusieurs mois, ont été les seuls signes de l'ulcération du larynx. Quant aux ulcères de la trachée, ils n'ont ordinairement, quelque grands qu'ils fussent, donné lieu à aucun symptôme particulier.

Les lésions de l'estomac ont déterminé des symptômes qui ont pu et qui pourront à l'avenir en faire reconnaître la présence pendant la vie. Chez un grand nombre de sujets, l'inappétence, la douleur épigastrique, et même les nausées et les vomissemens de bile ont signalé ces lésions. A l'égard des vomissemens, que tous les médecins avaient considérés comme provoqués exclusivement par la toux, *M. Louis* pense qu'ils peuvent avoir lieu, surtout au début de la maladie, sous l'influence de cette cause; mais il a observé qu'alors les malades ont de l'appétit, n'éprouvent pas de douleurs à l'épigastre et digèrent facilement. A l'aide de ces signes on distinguera d'une manière sûre les vomissemens sympathiques de ceux qui sont dus à la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac.

L'estomac étant très-souvent malade chez les phthisiques, et la phthisie étant une des maladies les plus communes, il était à la fois facile et intéressant de connaître quel rapport existait entre l'état de la langue pendant la vie et celui de l'estomac après la mort, et d'apprécier la valeur des assertions émises tous les jours à ce sujet. Sur quatre-vingt-seize individus, chez lesquels l'estomac a été examiné après la mort avec une attention scrupuleuse, ce viscère a paru sain dans dix-neuf cas; il a offert dans les soixante-dix-sept autres des lésions variées. Des dix-neuf sujets chez lesquels il était sain, neuf avaient eu pendant la vie la langue plus ou moins rouge. Chez un de ces derniers, la rougeur et la sécheresse de la langue avaient été portées au plus haut degré, avaient persisté depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa mort, qui eut lieu trente-deux jours après, et l'estomac fut

trouvé parfaitement sain sous tous les rapports. Parmi les soixante-dix-sept autres, chez lesquels l'estomac offrit, soit un simple ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse, soit une rougeur plus ou moins étendue avec ou sans mamelons, etc.; trente-cinq seulement avaient eu la langue rouge pendant la vie, encore ne l'avait-elle été que très-passagèrement chez cinq d'entre eux. Il résulte de là que la rougeur a été observée un nombre de fois proportionnément égal chez les sujets dont l'estomac fut trouvé sain, et chez ceux qui offrirent une lésion grave de ce viscère.

Le diagnostic de la phthisie est facile à une époque avancée; tout le monde sait combien il est incertain, pendant la première période, et quelquefois pendant un temps fort long. M. Louis s'est particulièrement attaché à déterminer, par le rapprochement des faits qu'il a observés, les signes à l'aide desquels on peut d'abord soupçonner, puis reconnaître cette affection. Une toux sèche qui dure depuis plusieurs mois, un essouflement facile par la marche ou par l'action de parler, des douleurs plus ou moins vives dans le dos ou dans les côtés de la poitrine, une diminution notable de l'embonpoint et des forces, doivent faire fortement soupçonner l'existence des tubercules dans les poumons; s'il survient une ou plusieurs hémoptysies, il est à-peu-près certain que le sujet est phthisique. La percussion et l'auscultation sont très-propres alors à dissiper les doutes; si le son de la poitrine est obscur au-dessous de l'une des clavicules, dans une étendue peu considérable; si le bruit respiratoire y est plus faible et accompagné de quelques râles; ces deux phénomènes n'ayant lieu que dans ce point, où généralement les tubercules commencent à se développer, l'existence de ces tubercules ne peut plus être révoquée en doute. M. Louis rapporte ici l'histoire d'un malade, chez lequel, à l'aide de

ces signes, la maladie a été reconnue dix-sept jours après l'apparition des premiers symptômes.

Dans la seconde période, celle où les tubercules sont remplacés par les excavations, le diagnostic est généralement facile ; la pectoriloquie fournit un signe qui ne laisse pas d'incertitude. Toutefois il importe de se rappeler que la dilatation partielle de quelques bronches peut produire ce phénomène, et que pour établir son jugement d'une manière sûre, on doit joindre à ce signe tous ceux qui peuvent le confirmer. Une observation intéressante est rapportée à l'appui de ce précepte fort sage.

Dans d'autres articles, M. Louis présente des relevés intéressans relatifs à la durée de la maladie, aux circonstances dans lesquelles elle se rencontre le plus fréquemment, aux morts subites, qui ne sont pas très-rares chez les phthisiques, et dont l'examen cadavérique ne peut pas toujours rendre compte. Relativement à sa durée, il a remarqué qu'il mourait dans la première année un nombre de femmes proportionnément plus considérable que celui des hommes. Il a trouvé l'explication de cette différence dans la fréquence fort inégale, dans les deux sexes, de quelques lésions secondaires, telles que la dégénérescence graisseuse du foie et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, qu'il a rencontrés bien plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

Deux articles sont consacrés à la phthisie latente et à la phthisie aiguë. Cinq cas se sont présentés à l'observation de M. Louis, dans lesquels il ne s'est passé au plus que cinquante jours entre l'apparition des premiers symptômes et la mort des malades. Dans un de ces cas, la mort a même eu lieu au vingt-quatrième jour.

Enfin, dans un dernier chapitre, M. Louis a examiné avec les faits la question de la nature des tubercules, ques-

tion si souvent et si inutilement discutée à l'aide des raisonnemens et des inductions, et il a été conduit à conclure que la dégénérescence tuberculeuse des poumons est autre chose qu'une inflammation, ou que la conséquence d'une inflammation.

Nous bornons là cette analyse, dans laquelle nous n'avons pu vous présenter que les principaux résultats auxquels l'auteur a été conduit par ses observations.

Nous pensons que l'Académie, spécialement chargée de donner une bonne direction aux travaux des médecins, ne saurait trop encourager le nombre, toujours trop petit, de ceux qui, au lieu de s'abandonner avec la foule aux discussions systématiques, consacrent leur vie à recueillir des observations au lit des malades; à rechercher, après la mort, la trace des désordres qui l'ont précédée et amenée, et à déduire, des rapprochemens de ces faits, des conséquences rigoureuses.

V°. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ DES PLAIES, *ou Considérations théoriques et pratiques sur ces maladies*, par John BELL, membre du Collége des chirurgiens d'Edimbourg et ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la même ville; traduit de l'anglais sur la troisième et dernière édition, et augmenté de Notes par. J. L. E. ESTOR, docteur en médecine, agrégé en exercice près la Faculté de Montpellier, etc. (1)

Le *Traité des Plaies* de John Bell n'est pas nouveau, puisqu'il parut pour la première fois en 1796, en Angleterre,

(1) Un vol. in-8°. avec trois planches lithographiées; prix, 7 fr., et 8 fr. 50 c. franc de port. A Paris, chez Gabon et Cie.

où il devint bientôt classique, et qu'en 1819 il en fut publié une troisième édition, accueillie avec autant d'empressement que les précédentes ; cependant on peut le considérer comme étant à-peu-près inconnu chez nous, n'ayant point été traduit jusqu'à présent en français.

Le succès que cet ouvrage a obtenu dans le pays qui l'a vu naître, ses nombreuses traductions en langues étrangères, et surtout l'excellence de ses principes, ont engagé M. le docteur Estor, agrégé près la Faculté de Montpellier, à le faire passer dans notre langue, tant pour l'avantage de la science que dans l'intérêt de l'auteur, en faveur de qui il revendique l'honneur de plusieurs découvertes importantes, et de plusieurs points de doctrine auxquels se rattachent en grande partie les progrès que la chirurgie a faits depuis quelques années.

Nous n'avons point l'intention d'examiner ici cet ouvrage dans ses détails, espérant en donner bientôt l'analyse et y joindre les réflexions qu'il nous a suggérées. Nous allons seulement indiquer sommairement les matières qu'il renferme.

L'auteur considère d'abord les plaies en général, puis dans chacune des régions du corps qu'elles intéressent, ce qui divise son ouvrage en deux parties. La première contient des considérations remarquables sur la réunion immédiate ; sur les plaies des artères; sur la nature et le traitement des plaies d'armes à feu ; sur les plaies par instrumens tranchans et piquans ; sur le traitement médical des grandes plaies, sujet trop peu étudié par beaucoup d'opérateurs.

La seconde partie est consacrée aux plaies de la poitrine, du bas-ventre, de la tête, du cou ; enfin aux plaies des membres qui réclament l'amputation.

En traitant chacun de ces points difficiles, qui ont été de tout temps le sujet, souvent l'écueil, des savantes recherches des plus illustres chirurgiens ; l'auteur a moins voulu répéter et commenter tout ce qu'on avait déjà dit, qu'émettre des idées qui lui sont propres, et donner ainsi à son ouvrage un caractère d'originalité, qui existe en effet, et qui n'a point échappé au célèbre professeur de Pavie dont le jugement est d'un si grand poids.

Le *Traité des Plaies* est une excellente monographie, que tout élève devra étudier, dans laquelle les praticiens de notre époque retrouveront un grand nombre des principes fondamentaux qui leur sont familiers depuis long-temps, et qui ont mérité l'approbation générale ; ils donneront à

John Bell la part de gloire qui lui revient dans l'avancement de la science, résultat de quelques découvertes, ou de certaines théories nouvelles, telles que l'existence d'une force médicatrice et l'analyse de ses actes; le mécanisme de la réunion immédiate des plaies; l'utilité de cette réunion immédiate; la connaissance exacte des anastomoses artérielles de la hanche et de l'épaule; la possibilité de lier des troncs artériels très-volumineux à leur naissance de l'aorte; le mécanisme de la réunion des plaies du tube intestinal, et l'utilité de la suspension de l'intestin dans le traitement de ses blessures; la nécessité de la réunion immédiate des plaies de la tête, et les dangers attachés à l'emploi du trépan dans la plupart des cas où son secours était réputé jadis indispensable. (A. T.)

MANUEL PORTATIF *des Eaux Minérales les plus employées en boisson*; par M. JULIA-FONTENELLE (1).

Les eaux minérales occupent un rang distingué parmi les puissans secours que la nature offre à l'art de guérir; aussi les médecins et les chimistes de tous les âges se sont-ils attachés à leur examen. Le peu de progrès que fit cette branche intéressante de la thérapeutique, relativement à la connaissance de leurs principes constituans, doit être attribué aux faibles ressources qu'offrait alors la chimie. La connaissance des principes constituans des eaux minérales était réservée à ce siècle à jamais célèbre par les grands hommes qu'il a produits, et par la naissance de la chimie pneumatique. Quels que soient cependant le talent des habiles chimistes qui se sont occupés de leur analyse, ainsi que la précision de leurs travaux et de leurs instrumens, M. Julia-Fontenelle pense qu'il existe dans les eaux, comme dans l'air, un *je ne sais quoi* qui s'est jusqu'à présent dérobé à toutes leurs recherches. Ce qui prouve en faveur de son assertion, c'est que les eaux minérales factices, de l'aveu même des médecins les plus instruits, ne produisent jamais d'aussi bons effets que les eaux naturelles. Cela tient en partie à ce que, parmi le grand nombre d'eaux minérales qui ont été analysées, la

---

(1) Un vol. in-12. Prix, 2 fr. 50 c., chez Gaitel, libraire, rue Jean-Jacques Rousseau, n°. 5; et chez Gabon et Cie.

plupart de ces analyses sont fausses, attendu qu'on y trouve l'existence simultanée de plusieurs sels qui se décomposent mutuellement. Dans son ouvrage, M. Julia-Fontenelle s'est attaché à le démontrer, et, étayé de l'opinion du célèbre Vauquelin, il en conclut qu'il s'en faut de beaucoup que l'art de fabriquer les eaux minérales soit devenu un émule parfait de la nature. Il est évident qu'une eau minérale, fabriquée d'après une analyse fausse, ne saurait être la succédanée d'une eau naturelle. Ce chimiste n'a pas eu la prétention de donner un travail classique sur les eaux minérales, mais bien d'offrir un guide à ceux qui, placés loin des sources, veulent en faire un usage raisonné. Pour rendre son ouvrage plus facile à consulter, il a suivi l'ordre alphabétique, et lorsqu'il décrit une source, il en donne un coup-d'œil historique, pour passer ensuite aux propriétés physiques, chimiques et médicales de ses eaux. Il paraît avoir porté une attention particulière sur les eaux de mer, de Spa, de Vichy, etc.; il termine son travail par l'examen des moyens propres à la conservation des eaux minérales, et par quelques réflexions très-judicieuses sur leur emploi; il insiste surtout pour qu'on en fasse un usage raisonné et non empirique, en laissant au médecin le soin de leur application.

Plusieurs auteurs ont conseillé de couper les eaux minérales avec le lait ou le vin. M. Julia-Fontenelle établit une utile distinction : les eaux sulfureuses peuvent être unies au lait, mais jamais les acidules, qui le coaguleraient; celles-ci doivent l'être au vin. Mais toutes sortes de vins ne conviennent pas pour cette union. Ce chimiste donne à ce sujet quelques conseils qui nous ont paru bons à être signalés. Il en exclut les vins trop spiritueux, tels que ceux du Roussillon, parce qu'ils irritent et portent à la tête. En général, dit-il, les vins blancs chargés d'acide carbonique, tels que ceux de Champagne, de Limoux, de Condrieux, etc., doivent être préférés pour les eaux acidules ferrugineuses, surtout quand on les prend loin de la source, parce qu'on leur rend ainsi le gaz acide carbonique qu'elles ont perdu, et l'on redissout les carbonates terreux et de fer dont le dégagement de cet acide avait opéré la précipitation. Quant aux eaux alcalines, il est évident que les vins mousseux ne leur conviennent nullement, parce qu'ils tendent à sursaturer l'alcali de l'eau et à le convertir en sursel; pour celles-ci le vin de Bordeaux et ceux de Bourgogne vieux sont les plus convenables; enfin, pour les eaux salines, on doit donner la préférence aux vins qui tiennent un juste milieu entre les deux qualités que nous venons de citer : ceux de Saint-

George, Saint-Perès, de l'Hermitage, de Narbonne, etc., méritent la préférence ; dans aucun cas on ne doit employer le vin muscat ni les vins liquoreux. Cet ouvrage, auquel l'auteur paraît n'avoir attaché aucune prétention, a le mérite d'être clair et précis ; il peut être consulté avec fruit.

Examen Médical des Sympathies, *ou Explication physiologique sur la valeur de ce mot;* par M. Lambert, chirurgien interne des hôpitaux de Paris. Petit in-8°. de 100 pages.

M. Lambert commence son ouvrage par cette formule banale qui consiste à faire remarquer que la route (anatomique) qu'on a suivie avant lui, n'a conduit les Ettmuller, les Willier, les Vieussens, les Frédéric, les Hoffmann, les Rega, les Haller, les Wicht, les Barthez, les Monro, les Sœmmering, les Bordeu, les Bell, les Dumas, et jusqu'à M. Broussais lui-même, qu'à des erreurs ; et que ce n'est qu'après avoir fait des sympathies une étude toute particulière, qu'il s'est convaincu que leur explication reposait sur la physiologie (ce qui est faux et en contradiction avec la définition de ce mot), la pathologie et l'anatomie pathologique; ce que tout le monde savait. L'auteur ajoute : Qu'en composant un ouvrage d'une aussi haute importance, il a eu pour but, non-seulement de rendre le mot de *sympathie intelligible*, mais encore de faire servir cette explication *à l'avantage du diagnostic et de la thérapeutique des maladies.* Mais c'est là le cas de dire ici : *Verba et voces, prætereàque nihil.*

Qui ne croirait, d'après ce beau début, que l'ouvrage de M. Lambert ne dût présenter beaucoup d'intérêt et de clarté, d'autant plus qu'il prévient assez souvent qu'il s'éclairera du flambeau de la physiologie (pag. 71)? Eh bien, il n'en est rien, et ce flambeau a jeté de si faibles lueurs pour lui, qu'il n'a jamais pu parvenir à distinguer les *sympathies* des *synergies*, des passions et même des symptômes, avec lesquels il les confond à chaque instant.

L'on ne s'aperçoit que trop, à la lecture de l'ouvrage de M. Lambert, que ce chirurgien n'a aucune idée nette et précise sur le mot sympathie. Aussi voit-on évidemment que cette

expression, au lieu de signifier pour lui, comme pour tous les médecins, d'après le sens que l'illustre Barthez y a attaché, *cette correspondance d'affections qu'on observe entre deux organes, qui, dans l'ordre physiologique, sont indépendans l'un de l'autre*; ou mieux encore, *l'acte qui fait qu'une affection occasione sensiblement et fréquemment une affection correspondante de l'autre, sans que cette succession puisse être rapportée aux lois de la mécanique ni à celles de la physiologie*. Au lieu d'entendre cela, dis-je, M. Lambert entend tout le contraire ou n'entend rien, puisque le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la sympathie n'est pour lui (comme il le dit pag. 8 de sa Préface), *qu'un mot heureux qui sert de voile à notre ignorance sur le rapport des organes entre eux*. Ce n'est certainement pas rendre cette expression intelligible, comme l'auteur l'avait promis, que de la définir ainsi, à moins que M. Lambert ne prétende la *élucider* par cette autre, qu'il donne à la pag. 67 : *Mot magique qui n'exprime rien et qui nous tiendra toujours dans l'ignorance sur les phénomènes qui se passent dans l'économie, tant que nous en conserverons l'usage.*

Comme l'auteur ne l'a remplacé par aucun autre, qu'au contraire il s'en est non-seulement servi, mais qu'il lui a donné le sens qu'il lui assigne, il est facile de prévoir les conséquences qui ont dû résulter de son emploi. Aussi M. Lambert nous paraît-il avoir complètement manqué le double but qu'il s'était proposé en écrivant un ouvrage qui prête tant à la critique d'un bout à l'autre.

(J.-B. B.)

Manuel d'Analyse Chimique ***des Eaux Minérales médicinales et destinées à l'économie domestique*; par MM. Henry, chef de la Pharmacie centrale des Hôpitaux civils de Paris; et Henry fils, aide à la Pharmacie centrale (1).**

Dans l'état où se trouvent maintenant nos connaissances chimiques, on conçoit que les traités généraux deviennent insuffisans en raison de la multiplicité de matière et du peu de détails qu'ils doivent offrir sur chaque partie de cette

---

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1825 : prix, 3 fr. 50 c., chez Grevot, et chez Gabon et Cie.

science; aussi les ouvrages qui traitent avec développement de quelques-unes de ces parties, sont-ils aujourd'hui généralement appréciés; ils évitent des recherches longues, souvent difficiles, et rassemblent dans un même tableau tous les travaux des chimistes sur un objet spécial. Le Manuel d'analyse chimique des eaux minérales médicinales et destinées à l'économie domestique, est entièrement de cette nature, et présente des notions précises et complètes sur la matière qui en fait le sujet. Les auteurs ont divisé l'ouvrage en cinq parties : dans la première, ils traitent des eaux véritablement potables, et indiquent, comme ayant cette qualité, les eaux de pluie, de rivière et de sources; dans la seconde, ils parlent des eaux non habituellement potables, parmi lesquelles ils placent les eaux de puits et les eaux dormantes. Ils examinent quelles sont les eaux qui doivent être préférées, et quelles sont les causes qui peuvent influer sur leur qualité. La troisième partie est consacrée aux eaux médicinales, dans lesquelles les auteurs rangent toutes celles qui ont une action plus ou moins prononcée sur l'économie animale, et qu'ils divisent en sept classes, en raison des substances qui forment leur composition. La quatrième partie, qui n'est qu'indiquée, a rapport aux eaux qui peuvent être exploitées au profit des arts. Les moyens à employer pour l'analyse de ces diverses espèces d'eaux font le sujet de la cinquième partie, qui est la plus importante de l'ouvrage, et auxquelles les autres n'ont servi que d'introduction. Les auteurs examinent successivement les propriétés physiques et chimiques des eaux, l'action des réactifs; ils passent ensuite au mode d'analyse qui renferme à-la-fois la méthode des chimistes anglais, dans laquelle on se borne à isoler directement dans les eaux les acides et les bases qu'elles contiennent, et celles des chimistes français qui a l'évaporation pour principe, et qui consiste à en examiner les produits. Les deux procédés se trouvent combinés de manière qu'ils se servent réciproquement de contre-épreuve, et permettent par ce moyen d'obtenir des résultats plus sûrs et plus positifs. Ce manuel, qui n'est point un livre élémentaire, est principalement utile aux médecins et pharmaciens attachés aux établissemens d'eaux minérales, et à tous ceux qui veulent faire des recherches à ce sujet; ils trouveront réunis dans un petit espace, avec clarté, méthode et savoir, tout ce qu'ont fait à cet égard les chimistes français et étrangers.

(T. P. B.)

Traité Pratique *sur la Colique métallique, connue vulgairement sous le nom de* Colique des Peintres, *ou Exposition de la Méthode antiphlogistique, appliquée à cette maladie, et employée avec succès dans les hôpitaux de Paris*; par Benjamin Palais, docteur médecin. (1)

L'auteur de cette brochure s'est proposé de démontrer la nature essentiellement inflammatoire de cette maladie, et de constater son identité avec toutes les entérites ordinaires. A-t-il complètement réussi ? C'est ce que jugera le lecteur.

Le travail de M. Palais est basé sur quinze observations de colique métallique, dont neuf, traitées à l'hôpital Beaujon, seulement par les saignées locales, les boissons adoucissantes, les fomentations émollientes, etc., eurent une issue prompte et favorable. Trois autres, recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Husson, viennent à l'appui des neuf premières. En effet, les sujets de deux d'entre elles furent traités par la méthode dite de la Charité; mais la maladie prit une marche si peu avantageuse, qu'on se vit obligé de recourir au traitement antiphlogistique. Le sujet de la troisième observation fut rétabli en peu de temps par ce dernier traitement, employé d'une manière exclusive. Enfin, des trois dernières observations recueillies à la Charité, et offrant l'emploi de la méthode *éméto-catharto-sudorifique*, deux malades furent guéris, mais le troisième éprouva des accidens si graves, qu'on s'étonne de voir une obstination et une persévérance sans relâche pendant vingt-cinq jours, dans l'emploi d'une médication qui aggravait évidemment de jour en jour les souffrances du malade.

Si les quinze observations que rapporte l'auteur représentaient tous les cas qu'on peut rencontrer dans la pratique, assurément ses conclusions seraient justes; mais il est fâcheux qu'il n'ait pas eu connaissance de ces coliques métalliques qui attaquées franchement et sans succès par un traitement anti-

(1) A Paris, chez Méquignon l'aîné, père, rue de l'Ecole-de-Médecine, n°. 9; et chez Gabon et Cie. Prix, 2 fr. 50 c.

phlogistique dans toute sa vigueur, n'ont ensuite cédé qu'à l'emploi, *sagement dirigé*, des éméto-cathartiques. Ces cas, cependant, ne sont pas extrêmement rares, et méritaient bien d'entrer en ligne de compte pour la solution de la question. Nous regrettons que l'auteur se soit beaucoup trop étendu sur la discussion d'objets purement théoriques, pour attaquer les opinions de ses devanciers, et qu'il n'ait accordé que quelques pages à l'exposition du traitement, dans un ouvrage qui porte le titre de *Traité-pratique sur la colique métallique.*

(L. J.)

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES NOMS D'AUTEURS

Contenus dans le Troisième Volume

DE LA REVUE MÉDICALE ET JOURNAL DE CLINIQUE.

1825.

A.

B.

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME DE L'ANNÉE 1825.

ERRATA.

Pag. 212, lig. 11; poitrine, *lisez* pituitaire.

Pag. 215, lig. 5; plus, *lisez* peu.

Pag. 217, lig. 12; symptômes, *lisez* symptômes généraux.

Pag. 218, lig. 12, femmes, adyn.; *lisez* fièvre adynamique.

Pag. 228, lig. 6, soit une, etc.; *lisez* ne soit pas une.

Pag. 229, lig. 2, après utiles, *ajoutez* soit contre le coryza.

Pag., 233, note, gomme, *lisez* sirop de gomme.

Pag. 281, le paragraphe qui commence par ces mots: « une des remarques les plus, etc., doit être mis à la suite du suivant.

Même page, ligne 11, *au lieu de* écrites, *lisez* décrites.

Même page, ligne 20, *au lieu de* par ce fait, *lisez* par le fait.

Pag. 286, lig. 11, *supprimez* et.

Pag. 322, lig. 23, la marche, *lisez* sa marche.

Idem, lig. 24, des inflammations, *lisez* de l'inflammation.

Idem, lig. 27, de l'encéphale; *lisez* de l'hydrocéphale.

Pag. 323, lig. 9, est une inflammation; *lisez* sont le résultat d'une inflammation.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06275 7003


Digitized by Google

